

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

CHRONIQUE

PAR

PAUL ABÉLY

Les modifications habituelles qu'apporte la fin d'année dans la formation du Bureau de la Société médico-psychologique ont fait qu'à quelques jours d'intervalle, j'ai reçu, d'abord comme président sortant de 1955, puis comme secrétaire général élu pour 1956, deux lettres de M. René Charpentier. Ces deux messages dépassent le cadre de la Société médico-psychologique, car ils engagent l'avenir même des *Annales*.

C'est pourquoi j'estime indispensable de les reproduire ici intégralement :

« 22 décembre 1955.

MON CHER PRÉSIDENT,

A l'assemblée générale du 22 décembre 1930, la Société médico-psychologique m'a fait l'honneur de me confier son secrétariat général et la direction des *Annales médico-psychologiques*, ces deux fonctions, liées l'une à l'autre, étant vacantes depuis le décès d'Henri Colin qui, lui-même, en assurait la double charge depuis la mort d'Ant. Ritti.

Lors de l'assemblée générale du 23 décembre 1935, m'ayant fait l'honneur de m'appeler à présider ses séances, la Société désigna Paul Courbon pour me succéder au secrétariat général. Selon le désir exprimé par le nouveau secrétaire général, et sur la proposition du Bureau, la Société me demanda cependant, à l'unanimité des membres présents à cette assemblée générale, de continuer à diriger les *Annales médico-psychologiques*.

Sous l'influence des circonstances, mais aussi en raison des désirs exprimés par les secrétaires généraux qui succédèrent à Paul Courbon (Jacques Vié élu le 16 décembre 1940, Jean Dublineau élu le 21 décembre 1942, Paul Abély élu le 15 décembre 1952, Xavier Abély élu le 21 décembre 1953), cette situation, que je considérais comme provisoire, s'est anormalement prolongée.

C'est ainsi que, pendant 25 années, qui ne furent pas toutes clémentes et au cours desquelles, en janvier 1943, un numéro spécial parvint cependant à commémorer le centenaire de la naissance des *Annales médico-psychologiques*, je me suis efforcé d'assurer à notre revue une publication régulière et de contribuer à la diffusion des comptes rendus des séances de notre Société.

Ne doutant pas que le secrétaire général élu lors de l'assemblée générale du 20 décembre 1955 accepte toutes les charges qui résultent de votre choix, selon la tradition, je lui remets le soin de publier le bulletin de notre Société. Le concours de tous, qui m'a aidé à remplir cette tâche, lui est d'avance acquis.

Je vous prie, mon cher président, d'être auprès des membres de la Société médico-psychologique l'interprète de mes remerciements pour la confiance qu'ils m'ont si constamment témoignée.

Veuillez accepter l'expression de mes meilleurs sentiments.

Signé : D^r René CHARPENTIER. »

« 1^{er} janvier 1956.

MON CHER SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET AMI,

Ayant appris avec plaisir votre élection au secrétariat général de la Société, je vous adresse mes vives félicitations, la tradition voulant que la direction des *Annales médico-psychologiques* soit assurée par le secrétaire général de la Société que ces *Annales* ont créée en 1852.

Ne doutant pas que vous acceptiez cette charge, à laquelle je fus désigné en 1930 en qualité de secrétaire général de la Société, mais que mes successeurs, et la Société, ont jusqu'ici désiré me voir conserver, et après avoir exercé ces fonctions depuis 25 années, je suis heureux de remettre entre vos mains nos vieilles *Annales*, fondées en 1843 par Baillarger, sachant que leur direction et leur gérance seront ainsi bien assurées.

Très cordialement à vous.

Signé : D^r René CHARPENTIER. »

Prendre la suite du Docteur René Charpentier n'est pas chose aisée. C'est une lourde succession de par la personnalité même de celui qui vient de quitter la rédaction et la direction des *Annales médico-psychologiques*. Il suffit de comparer la présentation actuelle de cette revue à ce qu'elle était il y a quelques lustres pour comprendre combien René Charpentier a marqué de son empreinte puissante cette importante publication mensuelle.

Pour que les *Annales médico-psychologiques* aient pris un tel essor, il a fallu que cet essor soit le fruit de qualités exceptionnelles, que nous connaissons tous : ordre, discipline, énergie, soucis constants d'amélioration, sévérité souriante, désintéressement, génie de l'organisation, courage et habileté aux heures sombres de l'occupation. Vingt-cinq ans d'efforts patients et soutenus ont été couronnés par cet incontestable succès.

Dans sa séance du 23 janvier dernier, le Bureau de la Société médico-psychologique a bien voulu me déléguer dans les fonctions de nouveau rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*. En prenant ce flambeau des mains de mon éminent prédécesseur, j'ai senti les miennes un peu hésitantes.

Déjà, au cours de mes premiers pas, je réalise ce qu'est le travail à la fois minutieux et dispersé que représente chaque mois la mise sur pied d'un numéro, épais approximativement de deux cents pages, destiné à intéresser le lecteur en un temps où la psychiatrie s'épanouit en des branches innombrables qu'il faut grouper en une gerbe harmonieuse, et où les publications très éclectiques se rapportant à notre spécialité (et par conséquent les analyses correspondantes) se multiplient vertigineusement à travers le monde.

Un numéro est à peine bâti qu'il faut songer immédiatement à l'édifice du suivant.

Je ferai de mon mieux pour préserver la flamme. Mais il est certain que, pendant deux ou trois mois, j'aurai besoin de l'indulgence et de l'appui de tous, spécialement de mes collaborateurs.

De par mes occupations quotidiennes, de par aussi la notion exacte des limites de ma compétence, et après de sérieuses réflexions, je n'ai pas cru pouvoir assurer, comme le Docteur René Charpentier le faisait, à la fois les fonctions de rédacteur en chef et de directeur gérant. Le Docteur Olivier Garand, déjà trésorier de la Société médico-psychologique, a bien voulu accepter, en accord avec cette dernière, de me soulager de ce deuxième rôle, je lui en exprime ma vive reconnaissance.

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA MALADIE DE VINCENT VAN GOGH ENVISAGÉE A LA LUMIÈRE DES CONCEPTIONS NOUVELLES SUR L'ÉPILEPSIE PSYCHOMOTRICE (1)

PAR

HENRI GASTAUT

Si nous avons cru pouvoir revenir sur le problème tellement discuté de la maladie de Vincent Van Gogh, c'est à cause des progrès actuels de l'épileptologie, qui permettent l'identification des crises présentées par l'artiste à celles de l'épilepsie psychomotrice, récemment individualisée sur des bases cliniques, électroencéphalographiques et anatomiques. Nous profiterons au surplus de cette occasion pour démontrer que les troubles psychiques de type plus ou moins schizoïde présentés par Van Gogh ne sont pas différents de ceux observés chez de nombreux épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises.

(1) Texte d'une conférence présentée au musée municipal de La Haye le lundi 28 novembre 1955, à la discussion de laquelle prirent part le professeur Krauss, de Groningen, le Dr Westerman Holstijn, d'Amsterdam, et le critique d'art Marc Tralbaut, de La Haye, tous spécialistes de la pathographie et de la biographie de Vincent Van Gogh. Nous les remercions pour les critiques qu'ils nous ont faites et les conseils qu'ils ont bien voulu donner et dont nous avons tenu le plus grand compte dans la rédaction de notre manuscrit.

Nous tenons également à remercier MM. M. van Danzig, d'Amsterdam, et H. Perruchot, de Paris, critiques d'art, qui nous ont également aidé de leurs précieux conseils.

Nous espérons ainsi arriver à concilier les deux grandes théories soutenues à propos de la maladie de Van Gogh, celle de l'épilepsie et celle de la schizophrénie, en incriminant à l'origine du mal de l'artiste une lésion irritative temporo-para-temporale responsable des crises psychomotrices et des troubles psychiques inter-critiques de type schizoïde.

Dans les pages qui vont suivre, nous allons d'abord critiquer les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer la maladie de Van Gogh, puis nous détaillerons les différents symptômes critiques et inter-critiques présentés par l'artiste en montrant leur analogie avec ceux qui s'observent chez les épileptiques psychomoteurs, enfin nous envisagerons différents aspects étiopathogéniques du problème avant de présenter un tableau chronologique des crises et de fournir nos conclusions.

*
**

Nous croyons possible de distinguer les diagnostics médicaux portés sur Van Gogh suivant qu'ils témoignent d'une préoccupation médicale pratique, strictement professionnelle (diagnostic des médecins qui ont soigné Van Gogh et essayé de le guérir), ou d'une préoccupation médicale théorique plus ou moins mêlée de considérations artistiques ou philosophiques (diagnostic des médecins qui n'ont pas connu Van Gogh, mais qui ont essayé d'expliquer son œuvre par sa maladie). Autrement dit, nous voulons en quelque sorte opposer le diagnostic des médecins de Van Gogh à celui des dilettantes du cas Van Gogh.

*1° Diagnostic des médecins qui ont soigné Vincent Van Gogh
et directement observé sa maladie*

Félix Rey, interne en Médecine de l'hôpital d'Arles, était de garde pendant les fêtes de Noël de l'année 1888, lorsque Vincent y fut admis après le drame de l'oreille coupée. C'est lui qui le soigna dans sa cellule pendant les trois jours que dura son délire ; c'est lui qui le visita chaque matin lorsqu'il passa ensuite dans la salle commune ; c'est lui, enfin, qui le reçut régulièrement dans son bureau lorsqu'il eut quitté l'hôpital, et qui alla même le voir dans son atelier. Il ne fit pas que soigner Vincent, il sympathisa avec ce malade qui disait de lui : « Rey est un bien brave homme, travailleur, toujours à la besogne », et il poussa la bonté jusqu'à lui servir de modèle malgré son

mépris pour une peinture qu'il ne comprenait pas (1). Il suivit régulièrement Vincent jusqu'à son internement volontaire à Saint-Rémy, et cette intimité, qui témoigne des qualités de cœur du vrai médecin, permit au jeune interne de faire le premier et de façon parfaite le diagnostic de la maladie de Van Gogh, puisqu'il conclut à une « sorte » d'épilepsie caractérisée par des hallucinations et des épisodes d'agitation confusionnelle dont les crises étaient favorisées par les excès alcooliques. Il confia ce diagnostic, exact dans chacun de ses détails, à son « patron », le Dr Urpar, médecin-chef de l'hôpital d'Arles, au Dr Peyron, qui soigna Vincent à l'asile de Saint-Rémy, à Théo Van Gogh, qui vint s'enquérir de l'état de son frère, et enfin à Vincent lui-même. Il ne cacha point à ce dernier qu'il souffrait de crises d'épilepsie incompatibles avec ses projets d'engagement dans la Légion étrangère, ni qu'il devait cesser de boire pour éviter leur répétition. Il est même probable que, comme tous les médecins aiment à le faire, il fit « la leçon » à son malade, lui divulguant quelques notions fraîchement acquises sur le mal dont il souffrait. C'est ce qui ressort de cette lettre du 2 mai 1888, dans laquelle Vincent explique à Théo qu'il souffre d'une affection banale, puisqu'il existe « 50.000 épileptiques en France, dont 400 seulement internés », mais qui contrarie ses projets militaires, car elle entraîne la réforme systématique. C'est ce qui ressort également d'une lettre ultérieure (25 mai), dans laquelle il annonce à son frère que la plupart des épileptiques se blessent la langue au cours de leurs crises, mais que Félix Rey en a connu un qui s'était blessé l'oreille, comme lui. La profonde conviction de Félix Rey quant à la nature épileptique des crises de Van Gogh ressort encore de la thérapeutique qu'il avait instituée et qui comportait des bromures à forte dose associés à la suppression de l'alcool ; thérapeutique qui eût probablement sauvé Vincent de la catastrophe si elle avait été appliquée de façon régulière et surtout si ce dernier n'avait pas quitté Arles pour Saint-Rémy.

Le Dr Peyron n'eut pas l'occasion de sympathiser avec Vincent de façon comparable, ni malheureusement de le soigner de façon aussi efficace ; sans doute parce que cet ancien médecin

(1) Il en résulta un magnifique portrait qui se trouve au musée d'art moderne de Moscou, et dont le Dr Leroy, qui fut ultérieurement médecin de l'asile où Van Gogh fut interné, nous a laissé l'histoire. Il nous apprend notamment que ce tableau servit à boucher une ouverture du poulailler des parents de Félix Rey avant d'être retrouvé par le marchand de tableaux Ambroise Vollard.

de Marine avait largement dépassé l'âge des enthousiasmes altruistes propres aux étudiants en médecine, et parce que l'entretien matériel de son établissement absorbait le temps qu'il eût pu consacrer à ses pensionnaires. Cela n'empêche qu'il vécut au contact de Vincent pendant un an, qu'il assista à de nombreuses crises, et qu'il aboutit au même diagnostic que Félix Rey. Dès l'entrée de Vincent à l'asile, il écrivait dans le certificat dit « de 24 heures » que Van Gogh avait présenté des hallucinations de la vue et de l'ouïe l'ayant porté à se mutiler en se coupant l'oreille, et il concluait : « J'estime, en conséquence de tout ce qui précède, que M. Van Gogh est sujet à des attaques d'épilepsie, fort éloignées les unes des autres. » L'opinion du Dr Peyron ne fit que se confirmer par la suite, ainsi qu'il ressort des notes complémentaires portées sur le registre de l'asile.

Nous ne ferons pas entrer parmi les médecins qui soignèrent Van Gogh le médecin-chef de l'hôpital d'Arles, qui n'eut aucun contact avec lui et qui, lors de son passage à l'asile de Saint-Rémy, se borna à porter sur un certificat la description des symptômes observés par son interne Rey, sans s'engager dans aucun diagnostic ferme. Nous n'y ferons pas rentrer, non plus, cet original « graveur-peintre-dessinateur-homéopathe-électrothérapeute-médecin Inspecteur des Ecoles de la Ville de Paris », qui portait nom et qualité de Dr Gachet. Ses différentes occupations lui laissaient peu de temps pour élaborer des diagnostics délicats et, si l'on ajoute à cela qu'il rencontra Vincent quelques heures seulement pendant les deux mois que ce dernier passa à Auvers, on comprend qu'il proposa une explication déconcertante à la maladie du peintre : une intoxication causée par la térébenthine et par le soleil du Midi, trop intense pour un crâne de Nordique ! Il n'est pas moins intéressant de remarquer à ce propos combien un jugement erroné peut être dangereux, car celui-ci fut repris et agrémenté en 1924 par Roch Grey, qui fit dépendre de l'intoxication solaire, non seulement ce qu'il appelait le délire de Van Gogh, mais encore sa prédilection pour la couleur jaune, qu'il rapporte à une xanthopsie.

En définitive, il apparaît que les deux seuls médecins qui ont soigné Vincent pendant les dernières années de sa vie sont arrivés au diagnostic d'épilepsie *non convulsivante* (une « sorte » d'épilepsie, disait Rey), du fait que leur malade se comportait comme un épileptique, mais ne présentait point de crises convulsives. Il ne faut pas s'étonner de la finesse d'un tel diagnostic, car l'épilepsie non convulsivante était déjà bien connue en

France dès cette époque, ayant été entrevue par Esquirol en 1838 avant d'être définitivement individualisée en 1860 par Morel (épilepsie larvée mentale) et par Falret (petit mal et grand mal intellectuel). C'est à cause des discussions célèbres soulevées par les travaux de ces derniers auteurs que la notion des équivalents psychiques de l'épilepsie était à l'honneur chez nous au moment où Vincent souffrait de son mal, et il n'est pas sans intérêt de rappeler à ce propos que le Dr Aussoleil, compagnon d'études de Félix Rey, passait à Montpellier sa thèse inaugurale sur le sujet de l'épilepsie larvée l'année même où ce dernier soignait Van Gogh (1).

Nous croyons donc inacceptable l'opinion de Westerman Holstijn selon qui Rey et Peyron n'auraient jamais songé au diagnostic d'épilepsie s'ils n'avaient été influencés par une déclaration erronée de Vincent affirmant qu'une de ses tantes était épileptique. Bien au contraire, nous croyons que c'est le Dr Peyron qui dut interroger Vincent et l'influencer pour lui

(1) C'est en consultant le Dr Leroy, qui vit toujours à Saint-Paul-de-Mausole parmi les souvenirs de Van Gogh, le Dr Jean Rey, frère cadet de Félix, et les archives de la Faculté de médecine de Montpellier, aimablement mises à notre disposition, que nous avons découvert cette donnée capitale : le jeune Aussoleil, camarade d'études de Félix Rey, était interne à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues lorsque ce dernier résidait à l'hôpital d'Arles, à moins de 40 km. de distance. Tous deux poursuivaient de front leurs études à la Faculté de médecine de Montpellier et soutinrent leur thèse la même année 1890, à quatre mois d'intervalle. Il est donc difficile d'admettre que Félix Rey ait ignoré le sujet traité par son condisciple, qui rapportait justement sept observations d'épilepsie larvée comparable à celle de Van Gogh et qui terminait son travail par des conclusions laconiques :

1° L'épilepsie larvée existe, et si nous n'en donnons que quelques exemples, *la science abonde* en faits de ce genre.

2° Elle prend la forme d'accès de fureur ou d'agitation... opinion *depuis longtemps émise* par Billod, Morel, Legrand du Saulle.

3° Elle a une symptomatologie particulière qui permet de la distinguer des autres affections mentales.

Il est intéressant de noter que ces données constituaient des truismes pour Aussoleil et qu'il les tenait du professeur Mairet, titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses, maître de Félix Rey, lui-même intéressé par les problèmes de l'épilepsie larvée, dont il envisagea les manifestations procursives dans la *Revue de médecine* en 1889 (p. 641 et suivantes).

Cet article de Mairet est donc paru quelques mois après la rencontre de Félix et de Vincent, à quoi il faut ajouter que, quelques mois auparavant (août 1888), l'interne avait pu lire dans le *Montpellier médical* une revue générale de Marandon de Montyel, consacrée au sujet de l'épilepsie larvée.

Tout ceci nous conduit à admettre, contrairement à l'opinion de certains de nos collègues hollandais, que Félix Rey était particulièrement préparé à faire le diagnostic de l'épilepsie dont souffrait Vincent.

faire avouer cet antécédent inexact. Il ne faut pas oublier, en effet, que pour Morel et pour Falret, qui venaient de décrire l'épilepsie larvée, celle-ci était toujours héréditaire ; rien n'est donc plus logique que de suspecter le directeur de l'asile d'avoir fait l'impossible auprès de Van Gogh pour obtenir cette preuve étiologique supplémentaire qui lui manquait encore. Notre point de vue est d'ailleurs confirmé par le fait que le D^r Peyron ne signale les antécédents en question que dans les notes complémentaires du registre de l'asile (« ce malade... nous raconte qu'une sœur de sa mère était épileptique et qu'on compte plusieurs cas dans sa famille. Ce qui s'est passé chez lui ne serait donc que la continuation de ce qui s'est passé chez plusieurs membres de sa famille »), alors qu'ils font défaut dans le certificat des 24 heures et dans le certificat de quinzaine. Il est bien probable, en effet, que le directeur de l'asile, s'il en avait eu connaissance, aurait fait usage dès le début de ce qu'il considérerait comme une preuve de l'épilepsie de Van Gogh.

Nous admettrons donc pour clore ce paragraphe que Félix Rey, très au courant des idées de Morel et de Falret, et camarade d'étude d'un étudiant qui rédigeait sa thèse sur le sujet de l'épilepsie larvée, a fait spontanément le diagnostic d'épilepsie non-convulsivante chez le malade entré dans son service le 26 décembre 1888 dans un état confusionnel agité rappelant tout à fait celui décrit par Falret sous le nom de grand mal intellectuel et par d'autres sous celui, plus expressif encore, d'états convulsifs de l'intelligence. Quant au D^r Peyron, il n'aurait fait que confirmer ce diagnostic et rechercher l'étiologie héréditaire admise à cette époque.

2° Diagnostic des médecins qui, n'ayant pas connu Van Gogh, ont essayé d'expliquer son œuvre par sa maladie.

Parmi ces diagnostics, il faut d'abord éliminer celui porté par le médecin inconnu dont Gustave Coquiot sollicita l'avis après lui avoir affirmé que Vincent avait contracté la syphilis. Ce médecin diagnostiqua en effet « une forme larvée et quelque peu particulière de méningo-encéphalite syphilitique diffuse », c'est-à-dire qu'il porta tout en le réservant le diagnostic de paralysie générale, qui est absolument irrecevable chez Vincent puisqu'il implique un affaiblissement mental progressif et irréversible qui fait absolument défaut chez ce dernier. Comme l'ont très finement écrit les Docteurs Doiteau et Leroy, on devine à travers les atermoiements de ce diagnostic « l'embarras du

praticien consciencieux, insuffisamment documenté, et qui, trop complaisant ami, n'a pas pu complètement refuser à un publiciste aimable une opinion technique qu'on avait gracieusement sollicitée ».

Il est bien certain que le genre de vie menée par Vincent, principalement à La Haye où il cohabitait avec une prostituée, et plus tard à Paris et à Arles où il visitait des lupanars comme d'autres fréquentent les salons, devait multiplier les risques d'infection syphilitique. Malgré cela, il est plus certain encore que le diagnostic de méningo-encéphalite syphilitique doit être rejeté de façon formelle, parce qu'il ne peut se porter en l'absence de symptômes somatiques et biologiques qui font défaut chez Vincent et surtout parce qu'il est incompatible avec la conservation du sens critique et de l'auto-discipline observés chez ce dernier jusqu'à la fin.

Un diagnostic qui mérite d'être discuté de façon beaucoup plus sérieuse est celui de schizophrénie, qui fut défendu par Karl Jaspers en 1922 et par Westerman-Holstijn depuis 1924 jusqu'à nos jours.

En ce qui concerne l'opinion de Jaspers, il faut remarquer tout d'abord qu'elle est beaucoup plus réservée et nuancée que ne le supposent bien des psychiatres et des critiques d'art. Le livre de Jaspers n'est d'ailleurs pas consacré exclusivement à Van Gogh, il étudie la pathographie de quatre artistes, mais ne s'attache aux détails que de celle de Strindberg, à qui sont consacrés les deux tiers du volume, tandis que le tiers restant traite à la fois de Swedenborg, d'Hoelderlin et de Van Gogh. L'étude sur Strindberg, homme de lettres mondain et fécond, mort depuis peu de temps, est basée sur un énorme matériel autobiographique (1) qui permet à Jaspers de poser de façon formelle le diagnostic de schizophrénie. L'étude sur Hoelderlin, qui concerne un homme mort depuis plus d'un siècle, n'ayant laissé que des poèmes, est beaucoup moins étoffée ; malgré cela, les manifestations de sa psychose telles que nous les ont décrites sa famille et ses amis sont suffisamment caractéristiques pour permettre à Jaspers d'affirmer encore la schizophrénie. En ce qui concerne la psychose de Swedenborg, mort en 1712, Jaspers est déjà beaucoup plus réservé puisqu'il écrit : « Les données

(1) Les principaux drames et romans autobiographiques de Strindberg ont été traduits en français (*Le fils de la servante ; Dans la chambre rouge ; L'écrivain...*), sans parler des deux principaux ouvrages que l'auteur avait directement écrits en français pendant ses longs séjours dans notre pays (*Le plaidoyer d'un fou et Inferno*).

historiques ne permettent pas, comme pour Strindberg, d'affirmer absolument la schizophrénie » (1). Mais c'est à propos de l'étude sur Van Gogh, rapportée en fin d'ouvrage avec une documentation réduite — un grand nombre des documents essentiels concernant l'artiste n'étaient pas encore connus à cette époque — que Jaspers est le plus réservé ; en fait de diagnostic, il se contente de remarquer que celui de schizophrénie est plus probable que celui de paralysie générale, car le maintien du sens critique et de l'auto-discipline lui paraît plus « admissible » dans la première affection, bien qu'il y soit encore « inusité ». Jaspers termine d'ailleurs son chapitre en écrivant : « Il me semble donc plus probable qu'il s'agisse de schizophrénie, bien que, par acquis de conscience, le psychiatre doive faire observer qu'il subsiste un doute à propos de Van Gogh, qui n'existait pas pour Strindberg et Hoelderlin. Le suicide de Van Gogh nous a malheureusement privés d'une évolution qui nous aurait renseignés de façon certaine, même en l'absence de rapports médicaux contemporains. »

Il faut donc admettre que Jaspers n'a jamais considéré la schizophrénie de Van Gogh comme une certitude, mais seulement comme une probabilité, voire même comme une simple possibilité. A cela, il faut encore ajouter que la notion même de schizophrénie était « équivoque » pour l'auteur, qui se servait de ce terme pour désigner, de façon toute théorique, « les maladies mentales dont le processus commence à un moment défini, laissant toujours l'état du sujet plus ou moins altéré, et dont l'origine ne peut être attribuée à une lésion cérébrale connue ». Il faut enfin tenir compte du fait que Jaspers ne s'est pas servi de données psychiatriques positives pour proposer ce diagnostic (c'est tout juste s'il fait remarquer la sauvagerie et l'insociabilité de l'artiste, qui peuvent d'ailleurs s'expliquer sur bien d'autres bases qu'une inclination à l'autisme dont la majorité des psychiatres reconnaissent qu'elle fait justement défaut chez lui) ; il s'est servi, au contraire, de données médicales négatives (exclusion d'autres diagnostics possibles, notamment celui d'épilepsie) et de données artistiques positives (modification du style artistique de Van Gogh en 1887, témoignage d'une dissociation schizophrénique de la personnalité). Malheureusement, les conceptions de Jaspers sur l'évolution artistique de Van Gogh ne sont pas acceptables si l'on tient

(1) Gröhle considérait même le diagnostic de schizophrénie comme tout à fait invraisemblable chez Swedenborg.

compte du fait que les modifications du style de l'artiste ont été nombreuses de 1879 à 1890, correspondant chacune à une étape de son évolution psychique et artistique ; si l'on tient compte aussi du fait que la modification survenue en 1887 représente seulement le passage à l'Expressionnisme, c'est-à-dire à la plus haute manifestation du génie de Van Gogh, dans laquelle il serait pour le moins aventureux de trouver la preuve d'une dissociation de sa personnalité. Quant aux preuves médicales négatives dont Jaspers s'est servi pour éliminer le diagnostic d'épilepsie, nous verrons ultérieurement qu'elles sont absolument inacceptables.

En conclusion, il apparaît que l'opinion de Jaspers, d'ailleurs très réservée, ne représente pas l'état final d'un diagnostic psychiatrique positif, mais seulement l'aboutissant d'un diagnostic différentiel hésitant, appuyé sur des considérations de critique artistique qui ne sauraient être admises comme définitives. Nous avons donc le droit de douter de ce diagnostic et d'essayer de l'affiner sinon de le modifier.

L'opinion de Westerman-Holstijn est aussi peu formelle, puisque dans son dernier travail il admet d'abord que « tous les auteurs sont d'accord sur le fait que la psychose de Van Gogh n'est pas typique » ; puisqu'il dénonce ensuite l'argument majeur qui plaide contre la schizophrénie, c'est-à-dire l'extra-version et l'amour d'autrui si flagrant chez Vincent (argument qu'il discute d'ailleurs vivement car, selon lui, l'extra et l'introversion ne s'excluent pas l'une l'autre et s'observent avec une importance égale chez l'artiste) ; parce qu'il termine enfin en reconnaissant que le diagnostic d'attaques psychogéniques chez un psychopathe de type schizoïde doit être sérieusement considéré à côté de celui de schizophrénie avérée.

Quant aux arguments utilisés par Westerman-Holstijn pour défendre le diagnostic de schizophrénie, ils sont tout aussi indirects que ceux de Jaspers, puisqu'ils reconnaissent une source exclusivement psychologique (psychanalyse rétrospective). L'auteur admet, en effet, que la psychose de Van Gogh a débuté à Londres, en 1874, sous l'effet d'un refoulement puis d'une stase de la libido consécutifs à un échec amoureux (auprès d'Ursula Loyer), l'ayant privé de ses possibilités de transfert hétéro-érotique. Cette libido refoulée l'aurait d'abord conduit à la bigoterie, puis à la religiosité morbide, jusqu'à ce qu'il se fasse également rejeter par l'Eglise, qu'il avait voulu joindre pour s'identifier plus complètement à son père le pasteur. Après ce nouvel échec et celui d'autres amours également malheureuses,

son refoulement l'aurait conduit à la recherche de l'art, bien mieux adapté à ses besoins de libération que la religion protestante. Vers cette époque également, se serait effectué un transfert affectif de la personnalité du père (auquel il était fortement attaché) sur celle de son frère Théo, qui, bien plus accessible matériellement et spirituellement, lui aurait également fourni un moyen de libération efficace. Malheureusement, le mariage de Théo et l'abandon de Gauguin, à qui il avait essayé de se rattacher, auraient provoqué une nouvelle attaque schizophrénique, le dernier « schub », particulièrement grave, qui devait conduire au suicide.

Nul ne saurait critiquer une étude aussi pertinente et nous-même admettons dans ses grandes lignes l'opinion de Westerman-Holstijn. Toutefois, nous ne croyons pas que cette étude psychologique conduise nécessairement au diagnostic de schizophrénie que, du point de vue psychiatrique, l'auteur base essentiellement sur la discordance qu'il croit observer entre deux aspects de la personnalité de Vincent : un aspect délicat, fin, sensible, surtout apparent dans ses lettres, et un aspect violent, grossier, brutal, qu'il manifeste principalement dans ses relations directes avec autrui. Une telle discordance, si flagrante soit-elle, ne nous semble pas suffisante pour étayer le diagnostic de schizophrénie. Tout ce que nous croyons pouvoir concéder à Westerman-Holstijn, c'est que Van Gogh a présenté de 1874 jusqu'à sa mort un état psychopathique continu, mais d'intensité variable, dont les renforcements dépendaient manifestement de facteurs psychogènes ; état nosologiquement très atypique, qui rappelait la schizophrénie par certains caractères, mais s'en différenciait par d'autres.

C'est sans doute le manque de données positives en faveur de la schizophrénie et le caractère très atypique des troubles psychiques présentés par Van Gogh qui conduisirent de nombreux auteurs à formuler des diagnostics hésitants ou tout au moins réservés. C'est ainsi que Vand Hutter parle de « réactions schizoformes » et que Krauss juge possible l'existence de telles réactions, tout en « comprenant très bien que beaucoup de psychiatres parlent de schizophrénie », mais en préférant néanmoins renoncer à porter un diagnostic posthume précis. C'est encore ainsi que Beer parle de « psychopathie constitutionnelle aggravée au cours de l'existence ».

Il existe enfin des auteurs qui se sont élevés de façon formelle contre le diagnostic de schizophrénie, et parmi eux il faut citer Walter Riese (1925-1926), V. Doiteau et E. Leroy (1928), F.

Minkowska (1932), J. Catesson (1943). Tous ces auteurs se placent sur le terrain de la création artistique et démontrent que si la mentalité schizophrénique comporte certains traits qui la font apparaître comme profondément impliquée dans toute l'activité artistique d'un individu, aucun de ces traits ne se retrouve chez Van Gogh, ni aucune de leurs conséquences dans son œuvre ; ils démontrent également que l'activité littéraire du pauvre Vincent ne s'est jamais démentie jusqu'à son dernier jour. Pareilles données confirment l'opinion du D^r J. Vinchon (1950), suivant qui « la série chronologique des productions de Van Gogh nous apprend que la folie n'a pas apporté de modifications sensibles de sa manière et de la qualité de sa peinture », mais infirment à nouveau l'argument majeur de Jaspers, selon qui le style artistique du peintre aurait subi un changement radical en 1887 traduisant la dissociation de sa personnalité.

Sur le plan proprement psychiatrique, ces auteurs ne sont pas moins formels et les Docteurs Doiteau et Leroy n'hésitent pas à affirmer que Van Gogh n'est sûrement pas un homme dont les facultés se disloquent et se brisent, dont la personnalité se fragmente, même partiellement. Ils réfutent même la concession que font certains auteurs en reconnaissant qu'il est possible de trouver dans la constitution mentale de Vincent quelques éléments de la lignée schizoïde, notamment l'indiscipline, l'insociabilité et l'inadaptabilité à la vie pratique. Ils font remarquer à ce propos : tout d'abord que schizoïdie n'a jamais voulu dire schizophrénie, pas plus que cycloïdie ou épileptoïdie ne veulent dire psychose maniaco-dépressive ou épilepsie ; ensuite que Vincent présentait bien plus de traits de la constitution cycloïdique ou épileptoïdique, que de celle schizoïde, y compris l'indiscipline, l'insociabilité et l'inadaptabilité, qui sont justement des caractères bâtards communs à ces trois constitutions.

Si l'on quitte maintenant l'aspect purement psychiatrique du problème et bien que Krauss considère le diagnostic d'épilepsie comme une « absurdité », il apparaît que ce diagnostic a rallié jusqu'à présent la grande majorité des suffrages (W. Riese, 1925-1926 ; Eversen, 1926 ; Thurler, 1927 ; Doiteau et Leroy, 1928 ; Minkowska, 1933, 1949, 1951 ; Catesson, 1943). Aucun de ces auteurs n'ignorait, bien entendu, que Vincent n'avait jamais présenté de crises d'épilepsie convulsivante, et c'est pourquoi tous se sont ralliés au diagnostic proposé par Félix Rey d'équivalents psychiques de l'épilepsie. Comme nous l'avons déjà signalé, les travaux français sur cette sorte d'épilepsie sont déjà

anciens tandis que le premier ouvrage allemand important à ce propos, celui de Kleist sur les « états crépusculaires épisodiques », date de 1923. C'est sans doute pourquoi W. Riese est le seul auteur allemand à avoir incriminé l'épilepsie chez Van Gogh, tandis que tous les auteurs de langue française l'ont fait sans exception (Thurler, Doiteau, Leroy, Minkowska, Catesson), ainsi que le fait remarquer Westerman-Holstijn, qui semble leur reprocher quelque tare commune.

Tous les auteurs français qui ont défendu le diagnostic d'épilepsie à propos de Van Gogh l'ont pourtant fait sur des données positives indiscutables : l'identité absolue qui existe entre les épisodes confusionnels simples, hallucinatoires ou agités, présentés par l'artiste, et ceux décrits par Morel et par Falret chez leurs malades épileptiques. Nous ne pouvons résister ici à l'envie de citer une des phrases de Morel, qui semble spécialement écrite à propos de Van Gogh : « J'ai décrit sous le nom d'épilepsie larvée une variété de l'épilepsie qui ne se révèle pas par les accès, par les vertiges et convulsions proprement dites, mais bien au contraire par tous les autres symptômes qui accompagnent ou précèdent l'épilepsie ordinaire avec ictus apoplectique et convulsions, c'est-à-dire : alternance périodique d'excitation et de dépression ; manifestations pour ainsi dire subites de fureur sans motif déterminant et sous l'influence de la cause la plus futile ; caractères ordinairement des plus irritables ; oubli, ainsi que cela a lieu ordinairement dans l'épilepsie, des actes dangereux accomplis pendant ces fureurs momentanées ou transitoires... Il est même de ces sortes d'épileptiques qui ont éprouvé de véritables hallucinations de l'ouïe et de la vue. »

Quant aux auteurs qui éliminent l'épilepsie à l'avantage d'une psychose schizophrénique avérée, il n'est que trop évident que c'est sur la base d'une méconnaissance parfois flagrante de l'épilepsie psychique non convulsivante. C'est le cas notamment de Jaspers qui écrit : « En ce qui concerne l'épilepsie diagnostiquée par les médecins traitants, je n'en vois aucun symptôme : ni les crises épileptiformes, ni l'imbécillité caractéristiques de cette maladie »..., argument bien étrange pour qui sait que les crises convulsives font défaut chez un grand nombre d'épileptiques et que l'imbécillité est rarement rencontrée chez eux ! Quant à Westerman-Holstijn, il élimine l'épilepsie sous le prétexte que les paroxysmes de Vincent n'étaient pas tous furieux et qu'ils s'accompagnaient parfois d'une amnésie incomplète. De tels arguments témoignent seulement du fait que notre collègue hollandais ne connaît l'épilepsie non convulsivante qu'à travers

les données de Kleist et qu'il ignore les travaux de Falret décrivant chez les épileptiques des états confusionnels tranquilles partiellement remémorés (...ceci sans parler des accidents épileptiques avec conscience conservée tels qu'ils furent décrits par Ball en 1881).

En définitive, il nous paraît aussi impossible de refuser le fait que Van Gogh présentait des crises d'épilepsie « larvée » pendant les deux dernières années de sa vie, que de refuser celui qu'il présentait depuis son premier séjour à Londres un état psychopathique schizomorphe. La seule originalité de notre propre position est donc l'acceptation de ces deux points de vue considérés jusqu'à présent comme parfaitement conciliables.

Il est bien évident que nous ne supposons pas chez Van Gogh la coïncidence fortuite de deux affections indépendantes : une épilepsie et une schizophrénie. Nous admettons au contraire l'existence d'une lésion cérébrale unique, intéressant le lobe temporal d'un ou des deux côtés et les formations rhinencéphaliques adjacentes ; lésion qui, portant sur un cerveau héréditairement fragile, devait favoriser l'apparition de la psychose réactionnelle survenue en 1874, avant de provoquer sous l'influence de l'alcool les crises psychomotrices des dernières années.

*
**

Maintenant que nous avons résumé notre point de vue, il nous reste à détailler les symptômes de l'affection dont souffrait Van Gogh et à démontrer qu'ils correspondent bien à ceux que l'on rencontre au cours des crises psychomotrices et dans leur intervalle chez les sujets porteurs de lésions temporo-para-temporales. Nous envisagerons d'abord à ce propos les différents types de crises et d'épisodes confusionnels présentés par Vincent, puis les troubles du comportement qu'il manifestait indépendamment de ces états intermittents.

1) *Les crises psychomotrices*

Van Gogh présentait des crises psychomotrices dont il ne gardait généralement aucun souvenir, ainsi qu'il le confia à Gauguin après celle du 24 décembre 1888, et ainsi qu'il l'écrivit à son frère dans une lettre datée du 3 février 1889 : « Lorsque je suis sorti avec le bon Roulin de l'hôpital, je me figurais que je n'avais rien eu, *après* seulement j'ai eu le sentiment que j'avais

été malade. » Nous ne croyons pas inutile d'insister sur le caractère amnésique des crises de Van Gogh, tellement typique de l'épilepsie, qui a été entièrement négligé par Jaspers et minimisé par Westerman-Holstijn.

Si l'on ne connaît pas l'aspect subjectif de ces crises, du fait même de l'amnésie consécutive, on connaît par contre leurs manifestations objectives qui nous ont été rapportées par Gauguin et les gardiens de l'asile de Saint-Rémy, lesquels mettent en évidence la prédominance des automatismes caractéristiques de l'épilepsie psychomotrice.

Certains des automatismes critiques présentés par Vincent étaient réactionnels à des hallucinations effrayantes, c'est le cas par exemple de la crise dont la description a été recueillie par J. de Beuchen et par L. Pierrard de la bouche même de Poulet, le gardien de l'asile, qui accompagnait Vincent dans ses promenades et qui en fut à la fois le témoin direct et la victime. Comme Vincent sortait de l'asile avec son attirail de peintre, il se retourna brutalement et appliqua un coup de pied en pleine poitrine de Poulet qui le suivait, avant de s'enfuir en courant. Après cette crise « procursive », Vincent demeura confus pendant plusieurs heures et, le lendemain, revoyant Poulet et se souvenant vaguement de la crise de la veille — qui, par bonheur, n'avait été que partiellement amnésique —, il lui expliqua que son geste violent tenait au fait qu'il se croyait traqué par la police, qu'il entendait une foule qui le poursuivait et qu'il avait voulu se défendre (1).

Certains autres automatismes n'étaient pas réactionnels à des hallucinations, mais traduisaient seulement la libération d'une agressivité latente sous l'effet de la dissolution critique de la conscience. Comme exemple de tels automatismes, nous pouvons citer ceux qui ont accompagné la première crise. A cette époque, les rapports entre Vincent et Gauguin, qui vivaient ensemble depuis quelque temps, étaient devenus très tendus, des discussions éclataient pour des propos futiles, professionnels aussi bien que ménagers, et Vincent se sentait très frustré par la volonté de son ami de l'abandonner et de renoncer à leur projet commun d'atelier du Midi. Alors qu'ils prenaient un soir leur

(1) Il s'agissait là d'un phénomène hallucinatoire épileptique parfaitement critiqué et non d'un épisode délirant tels qu'on les rencontre chez certains schizophrènes, car la recherche par la police et la poursuite par la foule avaient réellement eu lieu quelques mois auparavant. Vincent ne faisait donc que se souvenir, au début de sa crise, d'un épisode l'ayant profondément affecté, comme le font beaucoup de psychomoteurs.

absinthe rituelle, Vincent lance soudainement et sans raison apparente son verre plein à la figure de Gauguin. Le fait qu'il se soit agi là d'une crise psychomotrice automatique suivie d'état confusionnel post-critique ne fait aucun doute, puisque Gauguin dit lui-même qu'il dut « ramener » Vincent à la maison et « le coucher », puisque ce dernier enfin ne se réveilla que le lendemain sans garder le moindre souvenir de ce qui s'était passé la veille.

A propos de cet épisode dont la nature épileptique a été admise avant nous par Riese, Doiteau et Leroy, et Minkowska, il est intéressant de noter que Westerman-Holstijn en réfute l'origine comitiale à cause de son caractère « psychogène », c'est-à-dire de son déterminisme par une agressivité refoulée envers Gauguin, prétendant que les « états crépusculaires épileptiques » sont nécessairement « autochtoniques », c'est-à-dire immotivés. Nous discuterons ultérieurement cet argument, mais signalerons dès à présent qu'il est inacceptable, car la quasi-totalité des automatismes épileptiques confusionnels, même les plus violents, sont au contraire déterminés par la résurgence d'états affectifs rudimentaires normalement refoulés.

Comme cela s'observe très souvent chez les épileptiques psychomoteurs, la récupération d'un niveau de conscience normal s'effectue chez Vincent plus ou moins longtemps après chaque paroxysme. Dans certains cas, comme dans l'exemple précédent, le sommeil succédant à la crise cache l'existence d'un épisode confusionnel post-critique de brève durée. D'autres fois, au contraire, pareil épisode se développe pleinement et peut se manifester à son tour par des automatismes confusionnels (Penfield a bien insisté sur la continuité qui peut exister entre les automatismes critiques et ceux qui succèdent à la crise proprement dite). C'est dans le cadre des automatismes confusionnels post-critiques qu'il faut citer la poursuite de Gauguin, un rasoir à la main, et peut-être aussi des phénomènes du même ordre qui se sont produits envers l'interne Rey. Comme exemple d'automatisme confusionnel post-critique avec auto-agression, il faut évidemment citer l'épisode célèbre de l'oreille coupée qui suivit immédiatement la tentative de meurtre sur la personne de Gauguin. On se souvient, en effet, que le soir du 25 décembre, alors qu'il se promenait seul après avoir annoncé son départ irrévocable, Gauguin avait été poursuivi par Vincent qui, se précipitant sur lui armé d'un rasoir, serait ensuite reparti en courant, sans réaliser son attentat. Vincent rentra alors chez lui et, avec cette arme, se coupa le lobule de l'oreille gauche qu'il

plia dans une enveloppe avant de l'apporter à sa prostituée favorite, Rachel, en lui disant : « Voici en souvenir de moi. » Après quoi il retourna se coucher dans son lit où la police, alertée par la tenancière de la maison close, le trouva sans connaissance, dans un état crépusculaire amnésique dont il ne sortit que quelques jours plus tard.

On peut évidemment se demander si l'épisode de l'oreille coupée, qui représente de toute évidence un phénomène de libération automatique, ne constitue pas de ce fait un acte d'autopunition pour avoir voulu tuer son ami ou une émasculatation symbolique chez un sujet à libido refoulée. Ces deux opinions ont été défendues par Westerman-Holstijn, et nous les trouvons aussi valables que celles proposées par Leroy qui, après avoir reconnu la nature épileptique du phénomène (« Il se mutila au cours d'un épisode de confusion mentale dont la nature étiologique peut être rattachée à l'épilepsie psychique »), suppose que Vincent se coupa l'oreille en obéissant à un ordre qui lui était donné par une hallucination impérative de l'ouïe, une voix imaginaire lui criant sans cesse : « Coupe-toi l'oreille. » De toute façon, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'aller aussi loin dans l'interprétation — toujours délicate — d'un automatisme confusionnel dont la nature épileptique, par contre, est indiscutable si l'on tient compte qu'il fut entièrement amnésique, ainsi qu'en témoigne la lettre déjà citée de Vincent à son frère, datée du 3 février.

Nous sommes d'ailleurs loin de connaître tous les états automatiques qui ont accompagné les épisodes confusionnels post-critiques survenus chez Vincent. Qu'est-il survenu notamment à la suite de la violente crise qui a terrassé Vincent en Arles lorsqu'il s'y rendit pour 48 heures en février 1889 ? Où a-t-il passé la nuit entière ? Qu'a-t-il fait ? Où a-t-il égaré le tableau qu'il avait emporté avec lui ? La seule chose que nous sachions, c'est qu'il fallut aller chercher le malade et le ramener en voiture à l'asile.

Signalons encore que, comme beaucoup d'épileptiques psychomoteurs, Vincent présentait des automatismes nocturnes qui revêtaient tous les caractères du somnambulisme épileptique, et notamment son amnésie. Gauguin nous a parfaitement décrit les déambulations nocturnes de son ami, qui quittait sa couche et parfois même la pièce, qui venait rôder autour du lit de son compagnon et ne répondait pas quand il l'interpellait, qui allait enfin se recoucher et ne gardait le lendemain aucun souvenir du phénomène.

Avant d'en terminer avec les crises présentées par Vincent, signalons enfin que toutes n'étaient pas automatiques et que certaines étaient caractérisées par ces spasmes toniques qui sont très fréquents au début des crises temporales. Il faut en prendre pour exemple l'accès survenu le 7 juillet 1889 et qui, suivant la description du gardien Trabuc, débuta par une crispation de la main et un air hagard avant de terrasser le malade.

2) *Les états confusionnels*

Vincent présentait de façon manifeste les deux sortes d'états confusionnels durables décrits par Falret dans son article de 1860 intitulé « De l'état mental des épileptiques » :

A. — Il présentait des épisodes de *confusion mentale simple*, tranquille, répondant au « petit mal intellectuel » de Falret. Certains de ces états d'obnubilation intellectuelle profonde et durable s'accompagnaient d'angoisses ou de frayeurs paroxystiques et répondaient alors à de véritables états de mal d'absence temporale, ainsi que nous le verrons tout à l'heure. D'autres, au contraire, ne se manifestaient que par un engourdissement mental plus ou moins durable, avec idéation ralentie et intégration insuffisante des perceptions dans la synthèse de la personnalité et dans les registres de la mémoire. Comme c'est la règle dans ces conditions, le tableau clinique évoluait, d'un moment à l'autre, entre l'état stuporeux, l'état crépusculaire simple, l'état automatique et l'état d'agitation hypomaniaque.

Il est difficile de savoir si l'impulsion à écrire que présentait Vincent au cours des états confusionnels simples représentait un phénomène de libération automatique ou d'excitation intellectuelle, toujours est-il qu'il manifestait cette « scribomanie » temporaire des épileptiques décrite par Myslivecek (1932) et retrouvée par Marchand et Ajuriaguerra (1948) dans les états confusionnels épileptiques simples. On en retrouve des preuves dans la correspondance même de Vincent, qui écrivait à Théo, à la suite d'un état confusionnel simple : « Toutes mes journées ne sont pas claires assez pour écrire un peu logiquement » ; tandis que Théo confiait à sa famille : « J'ai reçu une lettre de Vincent qui, de nouveau, est entièrement incompréhensible » (lettres de 1889). Si l'on tient compte du fait qu'une sœur de Vincent disait déjà de ses lettres de 1877 : « Ces petits bouts de papier à écriture serrée sont d'indéchiffrables taches d'encre dépourvues de sens », on peut même se demander si les états

confusionnels simples n'ont pas été largement antérieurs à la période d'Arles.

Quelquefois l'excitation intellectuelle qui accompagnait une confusion mentale légère réalisait l'aspect d'un petit état hypomaniaque que Vincent qualifiait d'« état de surexcitation » : « Certes, il y a encore des signes de la surexcitation précédente dans mes paroles... » (janvier 1889), « Tu comprendras que moi, tout en étant absolument calme au moment donné, je puisse retomber dans un état de surexcitation... » (mars 1889). C'est au cours de ces états hypomaniaques qu'il présentait évidemment le comportement le plus étrange, déambulant en soliloquant et en faisant de grands gestes, son bonnet de fourrure enfoncé jusqu'aux oreilles sous le soleil de midi, appliquant une couronne de bougies autour de son chapeau pour aller peindre la nuit... C'est au cours de ces mêmes états qu'il réagissait de façon violente à l'incompréhension de la foule qui lui adressait des quolibets et à l'hostilité des enfants qui lui lançaient des pierres en criant « Le fou roux, le fou roux... » et qui l'escortaient jusque devant sa maison dont ils essayaient d'escalader les fenêtres. C'est alors que Vincent ouvre les croisées, gesticule devant la foule rassemblée, lance ses tableaux par la fenêtre en hurlant des invectives... Gestes qu'il regrettera d'ailleurs, dès l'état de surexcitation terminé, ainsi qu'il apparaît dans la lettre suivante : « Je regrette de donner de l'embarras, mais que veux-tu, la tête n'est pas d'aplomb assez pour recommencer comme auparavant — alors il s'agit de ne plus causer de scènes en public, et naturellement un peu calmé maintenant, je sens tout à fait que j'étais dans un état malsain moralement et physiquement. » Malheureusement les habitants du quartier s'inquiétaient de ce comportement étrange et ils adressèrent au maire une pétition qui provoqua une incarcération provisoire dont Vincent relate l'histoire à Théo : « Je t'écris en pleine possession de ma présence d'esprit et non pas comme un fou. Voici la vérité. Un certain nombre de gens d'ici ont adressé au maire une adresse (il y avait plus de 80 signatures) me désignant comme un homme pas digne de vivre en liberté... et me voici depuis de longs jours enfermés sous clé et verrou, sans que ma culpabilité soit prouvée ou même prouvable... je ne te cacherai pas que j'aurais préféré crever que de causer et de subir tant d'embarras... mais si ces hommes d'ici protestent contre moi, moi je proteste contre eux... ». Dans cette même lettre, Vincent reconnaît implicitement le rôle joué par son état hypomaniaque préalable dans la décision prise par le commissaire de police et

il déclare supporter calmement une réclusion qui l'indigne pour éviter de nouvelles émotions morales susceptibles de le faire « retomber dans un état de surexcitation ».

B. — Vincent présentait également des épisodes de *confusion mentale agitée* et (ou) *hallucinatoire* répondant au « grand mal intellectuel » de Falret, à la « manie épileptique » et aux « convulsions mentales » (« états convulsifs de l'intelligence ») d'autres auteurs.

On connaît au moins trois épisodes de cet ordre pendant les deux dernières années de sa maladie, dont le plus bref a duré trois jours après la crise du 25 décembre 1888, tandis que le plus long a persisté plus d'un mois après celle du 20 février 1890. Chacun de ces épisodes ayant débuté par une crise psychomotrice, il est impossible de déterminer ce qui, dans chacun d'eux, revient à l'état confusionnel de brève durée qui suivait habituellement chaque crise. Toujours est-il que la longue durée de ces épisodes empêche de les considérer seulement comme des états confusionnels post-critiques et oblige à envisager à leur propos d'autres mécanismes, notamment celui d'un véritable état de mal psychomoteur avec crises répétées et état confusionnel intercurrent.

Quoi qu'il en soit de leur mécanisme, les états de confusion agitée présentaient chez Vincent tous les caractères de la « manie épileptique » si parfaitement décrite au siècle dernier : début brutal après une ou plusieurs crises psychomotrices laissant à leur suite un état d'agitation terrible au cours duquel notre pauvre malade « gesticulait » et « se débattait » selon les termes propres des observateurs qui mentionnent également la « frayeur atroce » exprimée sur son visage. Dans le même temps, Vincent hurlait des invectives à son entourage et criait des injures et des menaces tant et si bien qu'il en gardait ensuite la gorge enflée au point de ne plus pouvoir ni parler ni manger.

Personnellement, comparant Van Gogh à d'autres malades que nous avons observés dans des états comparables, nous supposons que ce comportement agité, exprimant la frayeur panique et la défense furieuse, était en relation avec des hallucinations terrifiantes au cours desquelles il se croyait attaqué. Nous basons également cette opinion sur le fait que l'interne Rey, qui le premier a parlé d'hallucinations chez Vincent, n'avait pas eu d'autre occasion de les observer que pendant l'épisode confusionnel avec agitation qui dura trois jours à la fin de 1888 ; sur le fait aussi que Vincent avait expliqué son agression du gardien

Poulet sur la base d'une hallucination lui faisant croire à une attaque et qu'il écrivait à son frère, le 30 avril 1889, une lettre où il s'excusait d'avoir tant crié parce qu'il « voulait se défendre et n'y parvenait pas ».

L'agitation violente que nous venons de décrire épuisait évidemment Vincent, qui interrompait de temps à autre ses gestulations et ses hurlements pour demeurer prostré en chantonnant de vieilles complaints de nourrice ou pour se livrer à des activités déconcertantes : manger la couleur de ses tubes, boire de l'essence de pétrole, se coucher et se rouler dans le charbon, etc... Des gestes aussi étranges ont été interprétés de bien des façons, le premier notamment qui fut considéré à la fois comme la satisfaction orale d'un refoulement sexuel, comme le besoin de communier plus intimement avec la matière même de l'art et comme une tentative de suicide. Mise à part la dernière explication, qui est difficilement acceptable (même si on la complète par l'intervention des bonnes sœurs de l'asile qui firent boire un « contre-poison » à Vincent), les deux autres peuvent présenter une part de vérité, mais ne sont acceptables que si l'on admet l'existence fondamentale d'un état confusionnel expliquant ces automatismes peut-être complexes mais certainement inadaptés.

Nous croyons utile d'insister à ce propos sur le caractère plus ou moins motivé, ou tout au moins déterminé, des automatismes calmes ou furieux présentés par les épileptiques au cours de leurs états confusionnels ; caractère cependant non admis par Westerman-Holstijn, qui considère toute motivation comme incompatible avec la nature épileptique d'un accès et qui se sert de cet argument pour réfuter l'épilepsie chez Van Gogh. Si nous revenons aux exemples d'automatisme précédents, il nous semble très logique d'admettre qu'au cours de la confusion épileptique la plus authentique, la libération d'un désir sexuel refoulé ou d'un amour passionné pour l'art fasse porter à la bouche un objet phalloïde (un tube de couleur) ou une matière proprement adorée (la couleur de ce tube), bien que ce ne soit certes pas l'interprétation que nous aurions choisie pour de tels faits ! Dans le même ordre d'idées, il est intéressant de signaler que des auteurs américains (Rodin et col., 1955) acceptent l'idée que la plupart des manifestations d'épilepsie psychomotrice seraient déterminées par la structure psychique de l'individu et les refoulements qui la conditionnent (des hallucinations auditives commandant de tuer s'observeraient, par exemple, chez un sujet à forte agressivité refoulée).

Comme chez tous les épileptiques, les épisodes confusionnels

agités présentés par Vincent étaient amnésiques au même titre que les crises majeures qui les annonçaient. C'est ainsi que le 1^{er} janvier 1889, quand il sort de l'hôpital, Vincent a complètement oublié tout ce qui s'était passé depuis sa première crise du 24 décembre. Il ignore l'état d'agitation violente qui l'a fait mettre en cellule jusqu'au 28, il ne se souvient pas d'avoir été malade et de s'être amputé l'oreille, il a même oublié la querelle avec Gauguin, le départ de ce dernier, la ruine de tous ses espoirs et du fameux atelier du Midi dont il avait tant rêvé.

C'est au bout de quelques jours de cette agitation forcenée que Vincent se calmait progressivement et demeurait dans un état de prostration entrecoupée d'épisodes hallucinatoires. Il ne s'agissait plus alors des hallucinations terrifiantes du début, qui le faisaient se débattre et qui étaient amnésiques, mais d'hallucinations écnésiques, parfaitement remémorées, rappelant des épisodes de la vie antérieure. De telles hallucinations sont très banales chez les épileptiques psychomoteurs où elles ont fait l'objet de nombreuses études, principalement de la part de Penfield, qui a pu les provoquer expérimentalement en stimulant le lobe temporal de ses malades en cours d'intervention et qui insiste sur la précision vraiment extraordinaire des détails remémorés par le sujet. Vincent ne fait pas exception à la règle et revoit pendant ses hallucinations chaque détail du presbytère de Zundert, où il est né : « Pendant ma maladie, j'ai revu chaque chambre de la maison à Zundert, chaque sentier, chaque plante dans le jardin, les aspects d'alentour, les champs, les voisins, le cimetière, l'église, notre jardin potager derrière — jusqu'au nid de pie dans un haut acacia dans le cimetière. » D'autres fois, il revoit « les bruyères de la campine et les sapins et les genêts jaunes du Nord ». D'autres fois encore, le cadre de l'ancien cloître de Saint-Paul de Mausole, où il est interné, donnent à ses hallucinations un caractère religieux qui lui feront demander à quitter cet asile.

La vivacité de ses hallucinations et la richesse de leurs détails étaient telles que Vincent écrivait à leur propos : « Dans les crises mêmes, il me semblait que tout ce que j'imaginais était la réalité. » Mais il ne s'agissait là que d'erreurs de jugement très passagères, car, dès le paroxysme terminé, Vincent critiquait parfaitement ses hallucinations dont il redoutait le retour et qu'il qualifiait « d'horribles et d'intolérables ». Lorsqu'il en avait le courage, il lui arrivait cependant de plaisanter « ces jours étranges où bien des choses me paraissent drôles, parce que ma cervelle est agitée ». Dans un de ses rares moments

d'euphorie, il est même allé jusqu'à dire à son frère que sa peinture lui paraissait bonne, « à moins que mon travail ne soit encore une hallucination ».

Les hallucinations survenaient la nuit comme le jour et revêtaient alors le caractère des « cauchemars atroces » dont Vincent se plaignait et qui lui faisaient redouter de coucher seul. Il avait d'ailleurs parfaitement réalisé les relations qui existaient entre les deux phénomènes et c'est en vrai physio-pathologue qu'il écrit à son frère : « Les hallucinations intolérables ont cependant cessé, actuellement se réduisant à un simple cauchemar, à force de prendre du bromure de potassium, je crois... » (23 janvier 1889).

3) *Les équivalents mineurs de l'épilepsie temporale*

A côté des crises psychomotrices et des états confusionnels épileptiques que nous venons de décrire, Vincent présentait des impressions soudaines et transitoires de terreur ou d'angoisse qu'il est logique de rapporter à des équivalents psychiques de l'épilepsie temporo-uncinée, suivant la conception déjà exprimée par H. Jackson, W. Penfield, nous-même et surtout Macrae, qui vient de publier (1954) un important travail sur « La peur isolée, aura épileptique du lobe temporal ». Vincent décrit parfaitement la sensation qu'il éprouve : « J'ai des angoisses terribles, parfois sans causes apparentes, ou bien un sentiment de vide et de fatigue dans la tête. » Il est même probable que la dernière partie de cette phrase concerne une modification de l'état de conscience que bien de nos malades définissent encore aujourd'hui par ces mots : « une impression de vide dans la tête ».

Le caractère épileptique de ces phénomènes est encore garanti par le fait que Vincent avait parfaitement conscience de leur signification pathologique et qu'il essayait de les prévenir par un effort de volonté, comme certains épileptiques bravais-jacksoniens empêchent la survenue de leurs crises brachiales en maintenant leur bras : « Une fois que l'on sait ce que c'est, une fois que l'on a conscience de son état et de pouvoir être sujet à des crises, alors on y peut soi-même quelque chose pour ne pas être surpris par l'angoisse ou l'effroi... » « J'ai été dîner avec Roulin au restaurant joyeusement, tout à fait rassuré et ne redoutant pas une nouvelle angoisse. »

Ces pseudo-absences temporales (pour employer un terme que

nous avons proposé en 1946) se répétaient parfois de façon subintrante, laissant alors Vincent dans un état de conscience diminuée avec quelques rares échappées claires. C'est ce qu'il nous explique dans sa lettre de mars 1889 : « Comme ces trois derniers mois me paraissent étranges. Tantôt des angoisses morales sans nom, puis des moments où le voile du temps et de la fatalité des circonstances, pour l'espace d'un clin d'œil, semble s'entrouvrir. »

Lorsque la perte de conscience était complète et que les crises mineures méritaient alors pleinement le nom d'absence, elles étaient entièrement amnésiques, ne laissant aucun souvenir de la sensation de frayeur initiale, mais permettaient la libération d'activités automatiques. Un des plus beaux exemples de ce phénomène est représenté par l'épisode au cours duquel Vincent discutant avec Signac, qui le trouvait parfaitement logique, se saisit soudain d'une bouteille d'essence de térébenthine placée sur la table et la porta à sa bouche pour boire au goulot.

Ces crises mineures survenaient la nuit aussi bien que le jour et réveillaient parfois le malade qui se trouvait alors en proie à sa frayeur. Ces terreurs nocturnes étaient très pénibles à Vincent, qui les redoutait au même titre que ses cauchemars et qui, n'osant demander l'avis de l'interne de l'hôpital, recherchait dans l'annuaire de la Santé de Raspail un conseil thérapeutique, en vertu duquel il répandait en abondance du camphre sous son matelas.

4) Les troubles du caractère et du comportement observés dans l'intervalle des crises

Il faut bien insister sur le fait que les troubles psychiques observés chez Vincent dans l'intervalle des crises intéressaient seulement son caractère et son comportement. Il était en effet intellectuellement normal et même au-dessus de la normale, si l'on tient compte de l'étendue de ses connaissances, et surtout de la variété des sujets auxquels il s'est intéressé durant sa vie ; si l'on tient compte aussi de la justesse de son raisonnement, de l'acuité de son jugement et de la finesse de ses analyses introspectives ; si l'on tient compte enfin de la facilité avec laquelle il avait appris et utilisé quatre langues, au point d'écrire en français des maximes ou des poèmes en prose dignes de nos plus grands moralistes ou de nos meilleurs poètes : « Mon brave, n'oublions pas que les petites émotions sont les grands

capitaines de nos vies et qu'à celles-là nous y obéissons sans le savoir », « Le murmure d'un verger d'oliviers a quelque chose de très intime, d'immensément vieux », « Les tableaux se fanent comme les fleurs... ».

Les troubles du caractère rencontrés chez Vincent sont, au contraire, tellement nombreux et complexes que leur classification est difficile et nécessairement artificielle.

A. — Certains de ces troubles revêtent l'aspect des manifestations passionnées, des impulsions violentes et des colères explosives et immotivées que l'on observe chez plus de la moitié des épileptiques psychomoteurs (Gastaut, Morin et Lesèvre, 1954). Les réactions explosives de l'artiste étaient si fréquentes et sont tellement connues que nous nous contenterons d'en rapporter deux exemples particulièrement démonstratifs : en 1882, dans l'atelier d'Anton Mauve, son cousin de La Haye et son maître à peindre, il jette une tête d'Apollon dans le seau de charbon et la brise, simplement parce qu'elle lui déplaisait comme modèle ; en 1890, à Auvers, au cours d'une visite qu'il rend régulièrement au D^r Gachet, il remarque qu'un tableau de Guillaumin, le « Nu à l'écran japonais », est dépourvu de cadre, et cela suffit à le mettre dans une colère pathologique au cours de laquelle il reproche violemment et injustement au médecin son indifférence pour les arts et son mépris pour les artistes... Invectives, menaces, ne cessent que sur la promesse que l'encadrement sera fait incessamment. Malheureusement le tableau est tel quel lors de la visite suivante, ce qui provoque une nouvelle scène au cours de laquelle Vincent menace le D^r Gachet avec le revolver qu'il vient d'emprunter à l'aubergiste Ravoux et avec lequel il se tuera quelques jours plus tard.

L'impulsivité de Van Gogh s'est d'ailleurs manifestée toute sa vie et dans tous les détails de celle-ci, car il était la passion même et il le reconnaît en écrivant à son frère : « Je dois essayer d'avoir moins de passion et plus de bonhomie », « Moi, je suis un homme à passions, capable et sujet à faire des choses plus ou moins insensées, dont il m'arrive de me repentir plus ou moins. »

Enfant encore, son instabilité, sa violence, provoquaient des crises de colère disproportionnées à leur cause. Son méchant caractère était l'objet de difficultés dans la famille où la mère, trop tendre, excusait les scènes de son fils et ne pardonnait pas à ceux qui lui en faisaient grief ; il fut cause aussi que son père ne put le laisser à l'école de la commune, où il se montrait vin-

dicatif et agressif envers ses camarades. Bien plus tard, quand il écrira à sa mère, il reconnaîtra : « Vous et Papa, vous avez fait pour moi plus que pour les autres... et il paraît que je n'avais pas un caractère commode. »

Jeune homme, ses excès passionnés contribuèrent à écarter de lui, plus sûrement que sa pauvreté ou sa figure ingrate, les jeunes filles qu'il avait élues. Lorsqu'il fut amoureux d'elle, sa cousine Kee dut fuir ses tumultueuses assiduités en se réfugiant chez ses parents qui qualifiaient de « dégoûtant » l'entêtement de leur neveu. Celui-ci la rejoignit néanmoins à Amsterdam, insista, persista, et pour démontrer sa volonté, sa ténacité et sa passion tout ensemble, il plongea sa main dans la flamme d'une lampe jusqu'à ce que son oncle, atterré par le geste et l'odeur de la chair brûlée, le jette dehors. Il n'y eut d'ailleurs pas que l'amour des femmes qu'il fit reculer par tant de passion, mais aussi celui de ses parents et de ses amis. Il écrit lui-même à ce propos qu'il discutait avec Gauguin « de façon à se tendre les nerfs jusqu'à l'extinction de toute chaleur vitale ».

Vincent n'a d'ailleurs pas besoin d'un être aimé pour manifester son tempérament passionné. Que survienne un orage effrayant qui fait s'abriter les paysans, et lui se précipite au dehors, court ruisselant à travers la campagne pour admirer « cette grande merveille du créateur », plonge ses mains dans la terre mouillée pour en admirer les pesantes couleurs.

Il n'est pas jusqu'à sa démarche et son maintien qui ne fussent exubérants et tumultueux. Signac nous apprend qu'en rentrant de peindre, le soir, Vincent criait, gesticulait, brandissait sa toile toute fraîche et en « polychromait » les passants et lui-même. Quant à Gustave Coquiot, il nous laisse la description d'un homme à l'air irascible, braque, vraiment en dehors des autres, qui, apercevant chez Guillaumin « des toiles représentant en divers mouvements des déchargeurs de sable, devient furieux en criant que les mouvements sont faux ; se met à sauter par l'atelier, à remuer une pelle imaginaire, à lever et à baisser les bras, à esquisser tous les gestes qu'il estime valables ».

Cet homme qui avait fait sienne l'orgueilleuse maxime de Millet : « J'aimerais mieux ne rien dire que de m'exprimer faiblement », et qui pouvait écrire en parlant de lui : « J'ai des moments où je suis tordu par l'enthousiasme », arrivait même à percevoir son énergie comme une charge électrique et se servait volontiers de cette image si souvent appliquée aux épileptiques. C'est ainsi qu'il écrivait à propos de ses querelles incessantes avec Gauguin : « La discussion est d'une vivacité

excessive, nous en sortons la tête fatiguée, comme une batterie électrique après la décharge », et qu'il disait du portrait de lui peint par Gauguin : « C'est bien moi, mais extrêmement fatigué et chargé d'électricité... ».

B. — Un autre trait caractériel propre à Van Gogh et aux épileptiques psychomoteurs est l'hyper-sociabilité apparente, sur laquelle nous avons également insisté avec G. Morin et N. Lesèvre. De façon assez paradoxale, en effet, certains psychomoteurs se présentent dans l'intervalle de leurs crises sous un aspect « hypersocial » qui rend difficilement compréhensible l'existence des colères et des impulsions. En fait, cette hypersociabilité décrite par de nombreux auteurs n'est qu'apparente et constitue selon nous une mauvaise interprétation d'un autre trait propre aux épileptiques psychomoteurs : l'adhésivité sociale et individuelle.

Ces malades présentent en effet une attention peu mobile qui peut aboutir au monoidéisme et les empêcher de communiquer à chaque instant avec tous les éléments de leur entourage, les faisant *adhérer* longuement et superficiellement à quelques-uns d'entre eux, généralement les plus proches. C'est cet attachement du psychomoteur à l'ami voisin, à la famille qui l'entoure et au milieu traditionnel (à son aspect religieux et social le plus souvent), qui pourrait être considéré comme une hypersociabilité. Notre opinion est diamétralement opposée, car toute forme de sociabilité implique une participation active à l'existence d'autrui que le psychomoteur est habituellement dans l'incapacité de fournir. C'est pourquoi nous admettons que l'adhésivité sociale, religieuse, familiale et amicale de ces malades rappelle bien la sympathie mais n'en constitue qu'une caricature qui mériterait le nom de para-sociabilité plutôt que d'hyper-sociabilité.

Van Gogh ne fait pas exception à la règle et sa crise mystique et sociale déclenchée par l'échec de son premier amour est bien caractéristique à ce propos. Cette crise a duré près de cinq ans et a revêtu un caractère d'hyperreligiosité morbide et de socialisme excessif qui explique l'échec par lequel elle s'est conclue. De toute évidence, et de l'avis même de ses supérieurs religieux, Vincent n'a jamais éprouvé une véritable vocation. Il a simplement manifesté un attachement excessif à l'aspect religieux de son milieu traditionnel, d'autant plus facilement que cet aspect s'identifiait avec celui de sa famille dont le chef qu'il vénérât

était pasteur (1). Alors qu'il poursuivait ses études pour entrer au séminaire, ce n'était d'ailleurs pas la Bible que lisait Vincent, mais l'Imitation ; ce n'était pas le Temple qu'il fréquentait, mais l'Eglise romaine aussi bien que la Synagogue. Plus tard, dans le Borinage, ses deux moteurs furent seulement la délectation de l'humiliation et le besoin de sacrifice. Il se voulut d'abord plus misérable que ceux qu'il prêchait, se barbouillant de charbon pour leur ressembler et se couvrant de haillons, jusqu'à ce qu'un inspecteur du Comité d'Évangélisation le critique pour ses fâcheux excès de zèle. Ensuite, libéré de tout frein dogmatique, exultant d'individualisme, c'est sous l'aspect d'un meneur d'hommes et non plus d'un évangéliste qu'il se présente à nous. Soignant les mourants au cours d'une épidémie ou après un coup de grisou, il s'intéresse à la vie des mineurs de fond, à leur pauvre paye, aux dividendes touchés par les actionnaires des charbonnages, et il finit par devenir le chef occulte d'une grève dont il organise la collecte. Son activité sociale ne sera d'ailleurs pas mieux récompensée que son activité religieuse, et il sera finalement chassé par les enfants, les hommes et les prêtres, nous laissant ce témoignage désabusé : « Personne ne m'a compris. On me prend pour un fou parce que je veux être un vrai chrétien. On me chasse comme un chien en disant que je fais du scandale parce que j'essaye de soulager la misère des malheureux. Je ne sais pas ce que je vais faire. Peut-être avez-vous raison et suis-je un inutile et un fainéant sur cette terre. »

Amertume et déception jalonneront la vie de Van Gogh, mais n'entameront pas son amour de l'humanité, qui demeurera un de ses plus beaux traits moraux et lui fera écrire peu avant sa mort : « ...pourtant demeure, j'ose le croire, la puissance de se sentir attaché aux êtres humains. » Par contre, son mysticisme a entièrement disparu en 1880, après le terrible hiver qu'il passa en vagabondages, et durant lequel il trouva enfin sa véritable vocation. Celui qui écrivait : « Il y a quelque chose au-dedans de moi, qu'est-ce que c'est donc ? », trouve enfin la réponse et il commence à dessiner lorsque sa foi disparaît. Depuis lors, sans jamais s'intéresser proprement à la politique ni à la sociologie — la naïveté de ses propos en témoigne — Vincent deviendra fondamentalement le « socialiste agnostique » tellement caractéristique de la fin du siècle dernier, ainsi qu'en

(1) Westerman Holstijn a bien étudié la fixation de Vincent à son père, auquel il cherche à s'identifier, et qu'il identifie lui-même à Dieu. C'est pour parfaire cette identification qu'il cherche à être ministre, comme son père, puis plus tard évangéliste, comme le Christ.

témoigne cette phrase savoureuse : « Mais ce qui me gêne, c'est de voir à tout moment de ces bonnes femmes qui croient à la Vierge de Lourdes et fabriquent des choses comme ça et de se dire prisonnier d'une administration qui cultive très volontiers ces aberrations religieuses malades alors qu'il s'agirait de les guérir. » Après avoir quitté le Borinage, Van Gogh n'a plus présenté de rappel religieux, si ce n'est sous la forme d'hallucinations, dont il reconnaît le caractère pathologique : « Alors que je vois qu'ici les crises tendent à prendre une tournure religieuse absurde, j'oserais presque croire que cela nécessite mon retour vers le Nord. Je suis étonné qu'avec les idées modernes que j'ai, moi si ardent admirateur de Zola et de Goncourt et des choses artistiques que je sens tellement, j'ai des crises comme en aurait un superstitieux et qu'il me vient des idées religieuses embrouillées et atroces, telles que je n'en ai jamais eu dans ma tête dans le Nord. » « Mais si j'ai encore une exaltation religieuse, alors de grâce, je voudrais sans donner raison partir sur-le-champ. »

Comme chez la plupart des épileptiques psychomoteurs, l'adhésivité de Van Gogh se manifeste encore plus pour les individus qui l'entourent d'une présence immédiate et réelle que pour les groupes humains et le milieu religieux ou social. L'amour qu'il a présenté pour Ursula Loyer, pour sa cousine Kee, pour son frère Théo et pour son ami Gauguin, en sont autant de témoignages. C'est un amour total, tyrannique, qui ne supporte aucune intermittence, aucun relâchement, aucune fatigue. C'est l'amour tâtillon qui s'impose sans aucune délicatesse. C'est la présence constante qui rapidement indispose ou effraye et conduit inévitablement à la rupture.

Si l'on considère que l'adhésivité, l'obséquiosité, l'hyperreligiosité et l'hypersociabilité s'associaient chez Vincent à des colères violentes, immotivées, et à des actes passionnés et irraisonnés, on s'explique qu'il ait lassé ses amantes, ses amis et ses parents. Il n'y eut que Théo pour lui rendre son amour presque jusqu'au dernier jour, en évitant toutefois de vivre avec ce frère impossible qui lui faisait écrire : « La maison pour moi est presque intenable... j'espère qu'il ira habiter de son côté... il y a deux êtres chez Vincent, l'un merveilleusement doué, fin et bon, l'autre égoïste, insensible... il est certain qu'il est son propre ennemi, car ce n'est pas seulement la vie des autres, mais la sienne aussi qu'il empoisonne. » (1).

(1) Cette explication fournie par Théo du besoin de se séparer de son frère mérite d'être comparée à celle donnée peu après par Vincent à sa mère et qui témoigne de la naïveté touchante de ce dernier : « Théo avait plus d'ab-

Certains auteurs, et notamment Westerman-Holstijn, ont voulu insister sur la discordance des deux aspects de la personnalité de Vincent signalés par son frère et en faire un signe de schizophrénie. Nous sommes parfaitement d'accord avec notre collègue hollandais aussi bien qu'avec Doiteau et Leroy et Mme Minkowska, sur le fait que la douce affectivité manifestée par Vincent dans ses lettres s'oppose manifestement à son irascibilité lorsqu'il rencontre ceux à qui il écrivait. Toutefois, nous ne voyons pas là une preuve de dissociation schizophrénique de la personnalité, mais seulement l'expression d'une nature affectueuse qui ne demande qu'à s'épancher, mais qui se heurte dans les contacts directs aux difficultés créées par un tempérament violent et coléreux.

C. — Les paradoxes que nous venons de signaler entre l'affectuosité et l'irascibilité de Van Gogh, entre son hypersociabilité apparente et ses violences manifestes, ne sont d'ailleurs pas les seuls à caractériser la vie de ce curieux personnage, qui était encore un inadapté social dans le sens où il ne pouvait supporter aucune discipline et où il méprisait toutes les contingences et toutes les conventions de la vie en société. Curieux de toutes les règles techniques, étudiant les manuels de perspective, élaborant des théories sur les couleurs complémentaires, béant d'admiration devant les peintres les plus académiques, il a fait une peinture libre de toutes conventions, faisant mentir les lois les plus élémentaires et représentant une étoile plus grosse que la lune ou un visage plus jaune qu'un tournesol. Original et personnel au-delà de toute mesure, dans son œuvre artistique aussi bien que dans son comportement, il était suggestionnable au point de changer sa manière de peindre en quelques jours au contact d'un ami ou de modifier son mode de vie en quelques heures, après la lecture d'un livre. C'est la lecture d'une phrase magnifiquement orgueilleuse de Renan qui brusqua sa vocation religieuse, c'est la lecture d'un roman de Dickens qui le conduisit dans le Borinage, c'est la vue des Rubens d'Anvers qui mit les premiers roses sur sa palette, ce sont ses premiers contacts parisiens qui le firent peindre en impressionniste et ce sont quelques conseils de Bernard et de Gauguin qui le firent s'essayer au cloisonnisme... (1).

négation que moi, c'est là un trait profond de son caractère... et je vous dis maintenant à vous, mais non à lui, qu'il est bon que je ne sois pas resté à Paris, car nous nous serions attachés trop profondément l'un à l'autre. »

(1) Van Gogh ressentait lui-même sa suggestionnabilité ainsi qu'il l'exprime dans cette phrase : « Le malheur est que moi je suis assez porté à être impressionné et à sentir moi-même les croyances d'autrui... »

Ce jeu des contrastes pourrait être continué sans fin à propos de Vincent, chez qui tout était paradoxal. L'erreur serait seulement de voir une preuve de dissociation schizophrénique là où il n'y a que les manifestations du pôle adhésif et du pôle explosif de la personnalité de Vincent suivant la terminologie et la conception de Mme Minkowska. C'est son adhésivité sociale qui le faisait rêver de phalanstère socialiste et qui lui faisait concevoir l'idée généreuse de l'atelier du Midi, mais c'est son irascibilité et sa violence qui le maintenaient dans une solitude dont il avait horreur. C'est son affectuosité excessive qui lui faisait porter un culte mystique aux jeunes femmes qu'il comparait à des anges, mais c'est sa violence passionnée qui le faisait chasser et le réduisait à fréquenter les lupanars et les « femmes à quarante sous ».

D. — Avant de quitter le chapitre des troubles inter-critiques du comportement chez Van Gogh, il nous faut encore envisager l'insuffisance sexuelle progressive qui a caractérisé les dernières années de sa vie et qui est tout à fait semblable à celle que nous avons décrite avec Collomb (1955) chez les épileptiques psychomoteurs. L'absence complète ou la diminution de l'activité sexuelle sous toutes ses formes s'observe en effet chez plus de la moitié de ces épileptiques où elle ne représente pas une simple impuissance ou une frigidité, c'est-à-dire une impotence dans l'accomplissement de l'acte sexuel, mais un véritable affaiblissement pulsionnel, une carence globale de l'instinct sexuel. Vincent a présenté cette même insuffisance sexuelle progressive aboutissant à l'impuissance complète dès le début de son séjour en Arles, plusieurs mois avant le diagnostic de son épilepsie par Félix Rey et, par conséquent, bien avant l'institution du traitement bromuré qui ne peut être tenu pour responsable. L'histoire complète de cette infirmité peut être suivie dans les lettres de Vincent, qui en parle très librement à son frère, nous nous contenterons cependant d'une ou deux citations garantissant l'exactitude de notre opinion.

L'aveu de l'impuissance survient en juin 1888 : « Te rappelles-tu dans Guy de Maupassant le monsieur chasseur de lapins et autre gibier, qui avait si fort chassé pendant dix ans et s'était tellement éreinté à courir après le gibier, qu'au moment où il voulait se marier, il ne bandait plus, ce qui lui causait les plus grandes inquiétudes et consternations. Sans être dans le cas de ce monsieur en tant que devoir ou vouloir me marier, quant au physique, je commence à lui ressembler. Selon l'excellent

maître Ziem, l'homme devient ambitieux du moment qu'il ne bande plus. Or si cela m'est plus ou moins égal de bander ou pas, je proteste lorsque cela doit fatalement me mener à l'ambition. »

Cette attitude plaisante et courageuse envers une déchéance physique qui l'inquiète est de courte durée. Comme la plupart des psychomoteurs de notre consultation, Vincent essaye bientôt de l'expliquer de façon plus ou moins fantaisiste. En août, il suppose que l'impuissance serait une preuve d'un regain de vigueur : « Ce que dit Gruby, se priver de femmes et bien se nourrir, c'est vrai, cela fait du bien, et si on dépense en travaillant de la tête tout de même sa cervelle et sa moelle, c'est très logique de ne pas se dépenser en faisant l'amour plus que nécessaire. Mais cela peut mieux se pratiquer à la campagne qu'à Paris. Le désir de femme qu'on contracte à Paris, n'est-ce pas un peu l'effet de la maladie d'énervement même, dont Gruby est l'ennemi juré, plutôt qu'un symptôme de vigueur. Aussi voit-on ce désir disparaître justement au moment où l'on se refait. » Quelques mois plus tard, il préfère rapporter son insuffisance sexuelle à d'autres excès : « L'alcool et le tabac ont enfin cela de bon ou de mauvais — c'est un peu relatif cela — que ce sont des anti-aphrodisiaques », et il espère que la sobriété lui permettra de retrouver bientôt la vigueur perdue : « J'aurais terriblement besoin du père Pangloss lorsqu'il va naturellement m'arriver de redevenir amoureux ! »

Nous terminerons en remarquant que l'insuffisance sexuelle de Vincent a fait son apparition l'année même où survenaient les premières crises et qu'elle s'est ensuite aggravée lorsque ces crises se répétaient. Pareille évolution est justement celle que nous avons décrite chez les psychomoteurs et il faut voir là une dernière preuve d'identité entre cette sorte d'épilepsie et la maladie de Van Gogh.

*
**

Nous croyons être arrivé à démontrer que Van Gogh présentait la majorité des symptômes, critiques et inter-critiques, qui caractérisent l'épilepsie dite psychomotrice et dont on sait aujourd'hui qu'elle résulte d'une lésion cérébrale intéressant la partie antéro-interne du lobe temporal et les structures rhinencéphaliques qui la flanquent en dedans (cf. Colloque de Marseille sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie temporale, 1954).

Il est probable que la lésion cérébrale de Van Gogh fut acquise pendant l'enfance, peut-être même dès la naissance, car nous

savons que si les crises sont apparues tardivement, les troubles caractériels au contraire ont été très précoces et furent signalés dès la petite enfance. Nous ne trouvons par contre aucune étiologie évidente à l'origine de cette lésion, donnée négative qui ne doit pas nous étonner si l'on considère que l'étiologie de l'épilepsie psychomotrice échappe chez les trois quarts des patients soumis à une enquête serrée qui fit défaut chez Vincent. On en est donc réduit à des hypothèses, sachant que les deux causes habituelles des lésions temporo-para-temporales chez l'enfant sont : 1° les accouchements trop longs (non nécessairement dystociques), pendant lesquels survient un engagement du lobe temporal du fœtus dans le foramen ovalae de Pachioni sous l'effet de la compression céphalique ; 2° les pseudo-encéphalites d'origine vasculaire qui surviennent entre un et trois ans et s'accompagnent d'état de mal unilatéral avec coma et hémiparésie transitoire. Il nous semble peu probable que cette dernière étiologie soit à retenir chez Vincent, car l'aspect dramatique des accidents n'aurait pu échapper à la famille. Nous préférons donc admettre l'origine obstétricale (1), qui aurait fort bien pu passer inaperçue et qui est d'autant plus probable que la mère de Vincent était petite et fragile, qu'elle avait 35 ans lors de sa naissance, et qu'elle avait perdu un premier nouveau-né un an auparavant ; d'autant plus probable aussi que Vincent présentait une asymétrie cranio-faciale (très évidente sur certains de ses portraits), en relation très probable avec une lésion cérébrale acquise très tôt dans la première enfance. Le laps de temps écoulé entre la naissance et l'apparition des premières crises ne constitue même pas un argument contre notre hypothèse, car Penfield a démontré que les attaques psychomotrices d'origine obstétricale surviennent souvent à l'âge adulte.

Le caractère familial des crises présentées par Vincent doit donc être définitivement écarté et il le sera d'autant plus facilement que les antécédents épileptiques familiaux qu'il avait signalés au D^r Peyron sont manifestement erronés (l'enquête effectuée en Hollande auprès de la famille témoigne en effet qu'il n'y a jamais eu d'épilepsie latente chez les Van Gogh). Pareilles constatations n'empêchent d'ailleurs pas le facteur héréditaire d'avoir joué un rôle dans la maladie de Vincent, car on sait que son frère Théo a présenté des troubles neuro-psychi-

(1) Il est bien entendu que nous n'avons envisagé que les deux étiologies le plus souvent responsables des lésions temporales chez l'enfant, mais qu'il en existe bien d'autres qui pourraient être en cause chez Vincent, ne serait-ce qu'une oto-mastoïdite ou un traumatisme crânien.

ques peu avant de mourir et qu'une de ses sœurs a vécu 38 ans dans un asile à cause d'une schizophrénie avérée. On peut donc suspecter l'existence d'une fragilité nerveuse familiale ayant facilité l'acquisition d'une schizophrénie chez une sœur, l'apparition d'accidents nerveux au cours d'une urémie finale chez un frère (1) et le développement de troubles psychiques et de crises épileptiques consécutifs à une lésion cérébrale peu irritative chez Vincent lui-même.

On peut admettre, en effet, que la lésion temporo-para-temporale de Vincent était peu irritative et qu'il avait hérité d'une labilité nerveuse non-excessive, puisque les crises ne sont survenues chez lui qu'à l'âge de 35 ans ; on peut l'admettre d'autant plus que les crises ne sont survenues à cette époque que sous l'effet adjuvant d'un facteur nouveau : l'alcool.

Van Gogh a toujours aimé boire, mais il n'a commencé à le faire de façon régulière qu'en 1886, en arrivant à Paris. Dès son arrivée dans la capitale, en effet, il s'inscrivit au cours de l'atelier Cormon et s'y lia d'amitié avec Henri de Toulouse-Lautrec, qui eut tôt fait de le conduire là où il fréquentait, c'est-à-dire presque exclusivement dans des bars, des bals et des maisons closes. Bientôt il participa intensément à la vie de Montmartre avec le groupe des impressionnistes et contracta l'habitude de boire régulièrement du vin, des alcools et surtout la fameuse « fée verte », l'inspiratrice consacrée des artistes : l'absinthe. Dès lors, il ne cessera plus de boire et le rôle déclenchant de l'alcool sur ses crises n'a jamais fait de doute pour lui ni pour ses médecins, ainsi qu'il ressort des extraits suivants de sa correspondance :

« Lorsque je t'ai quitté à la gare du Midi, bien navré et presque malade, et presque alcoolique... »

« C'est un mal que j'ai attrapé là-bas (à Paris), probablement en partie par le mauvais vin dont j'ai trop bu. »

« M. Rey dit qu'au lieu de manger assez régulièrement je me suis surtout soutenu par le café et l'alcool. J'admets tout cela. »

« Ils (les médecins) me chicanent sur ce que j'ai fumé et bu, bon, mais que veux-tu, avec toute leur sobriété ils ne me font en somme que de nouvelles misères. »

« Maintenant tu comprends bien que si l'alcool a été certainement une des grandes causes de ma folie, c'est alors venu très lentement. »

(1) C'est le Dr V. Doiteau qui a établi rétrospectivement le diagnostic de néphrite chronique hypertensive et urémigène d'origine lithiasique chez Théo Van Gogh.

« Je vis sobre ici (à l'asile) parce que j'ai la possibilité de le faire, je buvais autrefois parce que je ne savais plus comment faire autrement. »

Il est important de remarquer que, malgré tous ces témoignages, Vincent n'était pas un alcoolique au sens où on l'entend habituellement. Il n'éprouvait pas le besoin de boire, il était rarement ivre, et il désapprouvait l'alcoolisme, qu'il considérait d'ailleurs comme incompatible avec la réussite artistique : « Je doute de plus en plus de la véracité de la légende Monticelli absorbant de quantités énormes d'absinthe. Considérant son œuvre, il ne me paraît pas possible qu'un homme énervé par la boisson ait fait cela », « ...pour revenir à Monticelli, je voudrais bien voir un buveur devant une toile... ». Vincent buvait seulement comme les autres peintres qu'il fréquentait, et probablement même moins qu'eux, malheureusement trois facteurs rendaient chez lui l'alcool particulièrement dangereux : tout d'abord sa lésion cérébrale et surtout sa fragilité nerveuse congénitale le rendaient extrêmement sensible à l'alcool (« un seul petit verre de cognac me grise... ») ; ensuite, il était presque toujours démuné d'argent et se nourrissait insuffisamment, buvant souvent l'estomac vide (« ne tarde pas de m'envoyer le louis... de jeudi à lundi, je n'ai fait que deux repas, pour le reste, je n'avais que du pain et du café... ») ; enfin, il buvait surtout de l'absinthe, c'est-à-dire une solution dans l'alcool d'huiles essentielles hautement convulsivantes (1).

Il est intéressant de remarquer à ce propos que Magnan publiait à la même époque ses « Recherches sur les centres nerveux », dans lesquelles il décrivait pour la première fois l'épilepsie absinthique. Il venait de découvrir l'action convulsivante de l'absinthe sur ses propres patients et de démontrer chez le chien que le produit convulsivant n'était pas l'alcool de la boisson, mais les essences qu'elle contenait (2). Peut-être aussi n'est-il pas négligeable d'ajouter que Magnan insistait sur l'état

(1) Pour qui aime Van Gogh, rien n'est plus touchant que la nature morte qu'il a peinte à Arles et qui se trouve actuellement au musée Kröller-Müller, où sont représentés de façon symbolique les éléments de la vie du malheureux peintre : la bouteille d'absinthe et la cruche d'eau, les oignons pour le repas frugal, la pipe et son tabac, l'annuaire de la santé de Raspail, où il puisait des conseils thérapeutiques, et enfin la lettre de Théo fraîchement arrivée, avec le bâton de cire et la bougie qui serviront à cacheter la réponse.

(2) Ces essences sont tellement convulsivantes qu'Orbéli et Fursikov les ont choisies en 1924 pour provoquer l'épilepsie partielle par application locale d'huile d'absinthe sur la zone corticale motrice.

de « délire » qu'il observait après les crises expérimentales absinthiques chez le chien.

Le rôle déclenchant des boissons est bien mis en évidence chez Vincent par la coïncidence entre ses crises et les excès alcooliques qui accompagnaient les époques de fêtes (il présentait régulièrement des crises à la Noël) et les visites qu'il faisait en Arles pendant son séjour à Saint-Rémy et au cours desquelles, fatigué de son abstinence forcée, il allait « arroser » sa sortie chez les amis Gignoux, puis chez Rachel, au lupanar.

Il serait d'ailleurs important (principalement pour les critiques d'art qui s'intéresseraient aux répercussions de la maladie de Vincent sur son œuvre) de connaître avec précision l'ordre chronologique des crises présentées par le peintre ; c'est pourquoi nous nous sommes appliqués à cette tâche bien qu'elle présente de nombreuses difficultés. La plus grande de ces difficultés concerne l'estimation chronologique du début des crises, que tout le monde s'accorde pour situer au mois de décembre 1888, mais que nous aurions tendance à rapporter au plus tard à l'année 1887 pour les raisons suivantes : si l'on admet que l'alcool déclenchait chez Vincent la plupart des crises et si l'on tient compte qu'il buvait depuis 1886, il n'y a aucune raison pour qu'il ait attendu décembre 1888 pour faire son premier accès ; si l'on admet de même que l'insuffisance sexuelle se manifeste habituellement chez les psychomoteurs de 6 mois à un an après le début des crises (Gastaut et Collomb, 1955), et qu'elle a débuté chez Vincent pendant l'été 1888, il est logique de supposer que les premières crises ont dû apparaître en 1887, à l'époque où il menait justement la vie de bohème dans un cabaret borgne, « Le Tambourin », dont la patronne, un ancien modèle de Gérôme et de Corot, était sa maîtresse.

Personnellement, nous supposons que les premières crises sont survenues à cette époque, mais qu'elles étaient mineures, revêtant l'aspect de pseudo-absences temporales, et qu'elles n'ont pas inquiété outre mesure le malade et son entourage. Nous supposons de même que les premières crises majeures sont apparues pendant l'hiver 1887-1888, qu'elles ont considérablement affecté Vincent et son frère et qu'elles ont précipité le départ vers le Midi, déjà envisagé pour d'autres raisons. Nous sommes arrivés à ces conclusions en nous basant sur les lettres que Vincent écrivit à Théo au début de son séjour en Arles et où il parle constamment d'une maladie qu'il aurait eue à Paris et dont il semble seulement se remettre ; témoignages qui nous paraissent d'autant plus importants que la correspondance anté-

rière des deux frères (avant le séjour à Paris) envisageait rarement les questions de santé. Nous ne pouvons malheureusement pas citer tous les passages des lettres de Vincent qui concernent ce sujet, car ils sont trop nombreux ; nous citerons par contre quelques phrases particulièrement évocatrices du fait qu'elles se rapportent à des malaises, des états confusionnels possibles, des troubles psychiques transitoires ou même des crises survenues à Paris ou au début du séjour arlésien, bien avant que Félix Rey prononce pour la première fois le mot d'épilepsie :

« ...suis bien curieux de savoir le résultat au bout d'un an, j'espère qu'alors je serai moins embêté par les malaises. ».

« T'écrire à tête reposée présente des difficultés sérieuses, hier je t'ai écrit des lettres que j'ai anéanties ensuite. »

« Mon droit de peindre, ma raison de peindre, pardi, je l'ai ! Ça ne m'a coûté à moi que ma carcasse bien démolie, mon cerveau bien toqué... »

« Ces derniers temps j'étais devenu hagard comme Hugues van der Goes dans le tableau d'Emile Wauters... »

« Je suis encore une fois à peu près réduit au cas de la folie d'Hugues van der Goes. Et si ce n'était pas que j'eusse une nature un peu double, comme d'un moine et d'un peintre, je serais depuis longtemps entièrement réduit au cas sus-mentionné... mais quand même il faut que je me méfie de mes nerfs. »

« Après la crise que j'ai passée en venant ici, je ne veux plus faire de plan... » « Certes, je n'ai pas eu tort d'aller maintenant dans le Midi, au lieu d'attendre jusqu'à ce que le mal fût irréparable. »

« Il n'y a pas à tortiller qu'un jour ou l'autre il peut y avoir une crise. »

Nous ne sommes d'ailleurs pas les seuls à supposer que les crises de Van Gogh aient débuté avant décembre 1888 et le critique d'art Marc Tralbaut prétend même que Vincent aurait déjà fait une crise à Anvers, et même une autre en Hollande (1). Nous sommes d'autant plus enclins à le croire que Vincent se plaignait depuis l'enfance de malaises épigastriques transitoires qui furent considérablement aggravés pendant son séjour à

(1) Dans une lettre récente, Marc Tralbaut nous confie : « J'ai dit en effet que Vincent a eu des crises avant Paris. J'y ai même ajouté qu'il en parle lui-même dans sa correspondance. D'après ses propres témoignages, les médecins l'auraient chaque fois tranquilisé. Dans mon livre concernant la période anversoise, vous trouverez le nom du second de ces médecins, ou peut-être même du troisième, parce que aussi à La Haye il en a consulté un, notamment le Dr Cavenaille. »

Paris, et que rien ne différencie des auras épigastriques décrites par Gowers chez les épileptiques et considérées par Penfield comme un signe essentiel de l'épilepsie psychomotrice.

Ayant envisagé le début réel des crises, la suite du problème chronologique que nous nous sommes posé est facile à résoudre, car l'ordre et l'évolution des accès est beaucoup plus facile à établir à partir de décembre 1888, ainsi qu'il ressort de la liste suivante :

Vers le 20 décembre 1888, état d'exaltation pré-critique, Vincent rit et trépigne après avoir préparé une soupe qui s'avère immangeable, il s'écrie « Tarascon ! La casquette au père Daudet ! » puis il s'effondre en larmes. La discussion avec Gauguin devient d'une « électricité excessive ». C'est à la même époque que Gauguin observe deux ou trois crises somnambuliques amnésiques.

24 décembre, crise survenue au café : Vincent jette le verre d'absinthe à la figure de Gauguin, puis se laisse coucher et dort comme une brute jusqu'au lendemain, où il ne se souvient de rien.

25 décembre, nouvelle crise non observée à la suite de laquelle, dans un état confusionnel post-critique, Vincent poursuit Gauguin avec un rasoir, puis se coupe l'oreille et l'apporte à Rachel.

Du 25 au 28 décembre, état confusionnel post-critique violent avec agitation furieuse provoquée par des hallucinations terrifiantes.

Du 29 décembre au 31 décembre, Vincent quitte la cellule pour entrer en salle commune.

1^{er} janvier 1889, première sortie avec Roulin ; Vincent apprend ce qui s'est passé et dont il n'avait gardé aucun souvenir.

7 janvier, Vincent quitte l'hôpital mais conserve des terreurs nocturnes atroces qui l'empêchent de dormir.

Fin janvier, période de calme et de production artistique.

30 janvier, nouvelle période d'exaltation pré-critique. Vincent constate lui-même qu'« il y a encore des signes de la surexcitation précédente ».

Début février, existence probable d'une petite crise méconnue à la suite de laquelle il rend visite à l'interne Rey et lui fait peur avec son propre rasoir.

8 février, nouvelle crise que personne n'a aperçue et dont Vincent n'a évidemment gardé aucun souvenir, mais qui laisse à sa suite un état crépusculaire avec agitation violente. Vincent s'imagine qu'on essaye de l'empoisonner et veut fuir. Il est de nouveau admis à l'hôpital dans un état de confusion agitée.

13 février, persistance d'une confusion tranquille.

Quelques jours plus tard, Vincent sort de l'hôpital et écrit à son frère pour le mettre en garde contre un internement d'office qui pourrait être décidé à son préjudice. Si les crises se répètent et bien qu'il

y ait « tant de moments où il se sente tout à fait normal », il acceptera d'envisager un internement, mais seulement volontaire : « Dans ma qualité de peintre et d'ouvrier, il n'est loisible à personne, même pas à toi ou au médecin, de faire une telle démarche sans me prévenir et me consulter *moi* là-dedans. »

22 février, calme relatif.

Fin février, nouvelle crise laissant à sa suite un état confusionnel léger pendant lequel Vincent n'est pas hospitalisé du fait de l'absence de l'interne Rey. Le pauvre Vincent, livré à lui-même, se promène dans les rues en faisant des extravagances, qui provoquent la pétition des gens du quartier et le font placer en cellule bien qu'il ne soit pas agité.

Le 19 mars, lettre désabusée où Vincent raconte à Théo sa mésaventure : « Que veux-tu, souffrir sans se plaindre est l'unique leçon qu'il s'agisse d'apprendre dans sa vie. »

Quelques jours plus tard, Signac le visite à l'hôpital et obtient l'autorisation de le faire sortir pour se rendre à son atelier. Vincent donne à son visiteur l'impression d'être « plein de raison » mais le soir il présente une crise mineure pendant laquelle il prend sur la table une bouteille d'essence de térébenthine et la porte à la bouche. Signac inquiet le reconduit à l'hôpital.

27 mars, le calme est revenu, Vincent recommence à peindre et à lire.

Avril, Vincent demeure à l'hôpital et présente de nombreuses crises mineures qui l'obnubilent une partie de la journée. L'interne Rey et le pasteur Salles lui conseillent un internement volontaire à Saint-Rémy. Il envisage de l'accepter pour « sa propre tranquillité et pour celle des autres », pour réduire aussi les dépenses de Théo qui vient de se marier. Pareille décision est cependant dure à prendre, c'est pourquoi Vincent envisage l'engagement à la Légion étrangère, dont Rey lui démontre l'impossibilité ; il envisage aussi l'ultime solution, à laquelle il se résoudra plus tard, quand son dernier soutien l'aura lâché : « Si j'étais sans ton amitié, écrit-il à son frère, on me renverrait sans remords au suicide et quelque lâche que je sois je finirais par y arriver. »

9 mai, entrée à l'asile, où il respecte une abstinence obligatoire, qui amène une sédation des symptômes. Il peint prodigieusement. L'affreuse menace des crises s'écarte : « Avec tant de précautions que maintenant je prends, je retomberais difficilement et j'espère que les attaques ne reprendront plus. »

6 juillet, Vincent obtient la malheureuse autorisation d'aller en Arles pour une journée. Il fête sa sortie par des libations chez les Ginoux et avec Rachel. Le lendemain une nouvelle crise le terrasse alors qu'il peint, et le laisse confus pendant trois semaines. Les hallucinations terrifiantes sont réapparues avec l'épisode de confusion agitée, puis prennent une tournure religieuse lorsque le malade se calme.

Août 1889, Vincent recommence à travailler.

Septembre, le malade qui ne quitte pas sa chambre travaille dans l'euphorie : « Mon cher frère, je laboure comme un vrai possédé, j'ai une fureur sourde de travail plus que jamais. » « Ah ! je croirais presque que j'ai une nouvelle période de clair devant moi. »

Octobre 1889, il obtient l'autorisation de peindre hors de l'asile deux fois par semaine.

Noël 1889, Vincent, qui a obtenu l'autorisation de boire du vin pour se fortifier, fait quelques excès à l'occasion des fêtes. Il présente deux petites crises avec épisodes confusionnels n'excédant pas une semaine. Parce qu'elles ont été tellement plus légères que celle de l'année précédente, ces crises le tranquillisent presque.

20 février 1890, voyage de deux jours en Arles, où il va festoyer chez les Ginoux et avec Rachel. Une crise terrible le terrasse, dont on ignore tout, si ce n'est qu'il a erré toute la nuit dans Arles et perdu une toile qu'il avait emmenée avec lui.

L'épisode confusionnel qui succède à cette crise a duré près de deux mois, caractérisé au début par des terreurs atroces et une agitation terrible.

A la mi-avril, Vincent commence à peine à sortir des ténèbres. « Je désespère presque ou tout à fait de moi. » Il ne peut encore écrire mais essaye de peindre. De nouvelles crises surviennent, dont celle dirigée contre le gardien Poulet. Nouvel épisode confusionnel au cours duquel il mange la couleur de ses tubes.

29 avril, il recommence à peindre avec ardeur mais reste déprimé. « Que te dire de ces deux mois passés, cela ne va pas bien du tout, je suis triste et embêté plus que je ne saurais l'exprimer et je ne sais plus où j'en suis. » Il veut quitter l'asile, qu'il rend responsable de ses crises et de leur caractère « absurdement religieux ».

16 mai 1890, Vincent quitte Saint-Rémy et passe quatre jours à Paris.

21 mai 1890, arrivée à Auvers. Les crises ne réapparaissent pas et ne surviendront plus jusqu'au suicide, qui n'a rien à voir avec un épisode confusionnel. Vincent écrit d'ailleurs à sa mère : « Les symptômes de ma maladie, qui en sont en quelque sorte le thermomètre, ont complètement disparu. »

6 juillet, voyage à Paris. Explication avec son frère qui est malade et présente des difficultés d'argent. Il est possible que, dans l'énervement de la discussion Théo ou sa femme aient représenté à Vincent la charge qu'il constituait pour eux. Il est même possible que des mots irrémédiables aient été prononcés ce jour-là. C'est du moins ce que laissent supposer les réticences de la lettre écrite par Vincent dès son retour à Auvers : « Il importe relativement peu d'insister pour avoir des définitions bien nettes de la position dans laquelle on se trouve. Vous me surprenez un peu, semblant vouloir forcer la situation. Y puis-je quoi que ce soit, enfin puis-je faire chose ou autre

que vous désireriez ? Quoi qu'il en soit, en pensée, encore une bonne poignée de mains, et cela m'a quand même fait beaucoup de plaisir de vous revoir tous. »

A partir du 8 juillet, Vincent peint « d'immenses étendues de blé sous des ciels troublés » où, dit-il, « je ne me suis pas gêné pour chercher à exprimer de la tristesse, de la solitude extrême ». Il est triste à périr et arrive à cette conclusion : « Raté, voilà pour mon compte, je sens que c'est là le sort que j'accepte et qui ne changera plus. »

27 juillet, Vincent se tire un coup de feu dans la poitrine, en pleine lucidité d'esprit et avec préméditation, utilisant un revolver emprunté à l'aubergiste Ravoux plusieurs jours à l'avance. L'avant-veille, il avait donné à l'humanité un de ses plus grands chefs-d'œuvre en peignant le champ de blé aux corbeaux, dont la facture exclut comme un crime la supposition que la main de Vincent ait été guidée par autre chose que son génie le plus pur. Le jour même de son suicide, il écrivait à Théo une lettre parfaitement logique dans laquelle il discutait de ses affaires avant d'arriver à la phrase sublime qui a été si mal interprétée : « Eh bien, mon travail à moi, j'y risque ma vie et ma raison y a fondu à moitié. » Sa raison était plus que lucide, qui lui permettait de penser et d'écrire de tels mots.

Son comportement après l'accident témoigne d'ailleurs qu'il était parfaitement lucide et aussi éloigné que possible d'un état confusionnel. Interrogé, il explique son geste, mais il refuse de donner l'adresse de Théo, qu'il ne veut pas déranger. Aux gendarmes qui font l'enquête, il répond que cela ne les regarde pas.

28 juillet, il parle à son frère tout le jour. Lorsque ce dernier lui affirme sa guérison prochaine, il répond : « C'est inutile, la tristesse durera toute la vie. »

29 juillet, Vincent rend son dernier soupir à 1 heure 30 du matin, sans que soit survenue aucune condition susceptible d'atténuer la responsabilité de son acte. Il faut reconnaître à Van Gogh le seul droit qu'il se soit permis, le droit de mourir le jour où lui a manqué son dernier appui, le droit de se tuer et de trouver ainsi le « joint » par lequel « il nous est permis de protester ».

*
**

Dans nos conclusions, nous ne pouvons que résumer celles que nous avons déjà formulées à la fin du premier chapitre. Nous croyons avoir démontré, en effet, que Van Gogh a présenté des crises épileptiques de type psychomoteur secondaires à une lésion irritative temporale et déclenchées par des excès alcooliques agissant sur un terrain neurolabile congénital. Nous croyons avoir démontré, également, que les troubles psychiques survenus

à sa majorité et continués dans l'intervalle de ses crises ne diffèrent pas des troubles caractériels inter-critiques habituellement rencontrés chez les épileptiques psychomoteurs et dont l'aspect est souvent schizomorphe. Nous espérons donc être arrivés à concilier les deux grandes théories soutenues jusqu'à ce jour à propos de la maladie de Van Gogh, celle de l'épilepsie et celle de la schizophrénie, considérées jusqu'à présent comme parfaitement incompatibles.

Rien n'est d'ailleurs plus banal que l'association de ces deux séméiologies critique et inter-critique chez les sujets présentant des lésions intéressant les formations rhinencéphaliques juxta-temporales, et nous signalerons seulement à ce propos notre travail de 1954 et celui plus récent d'Ervin et collaborateurs (1955), démontrant que 90 % des épileptiques psychomoteurs présentent des symptômes inter-critiques de la lignée schizophrénique et que 60 % d'entre eux se présentent au psychiatre comme des schizophrènes avérés.

Nous ne nions pas le rôle éventuellement joué par une stase de la libido, secondaire aux échecs amoureux de Van Gogh, dans l'évolution de sa psychose. Nous pensons toutefois qu'il ne s'agit là que d'un facteur adjuvant dont l'importance relative tient à la neurolabilité familiale de l'artiste et à sa lésion cérébrale intéressant justement les structures régulatrices de l'affectivité.

Nous sommes enfin convaincus que les troubles du caractère et du comportement tellement accusés chez Van Gogh ont influé sur son art dans la mesure où le tempérament d'un individu marque son activité et les œuvres qui en résultent. Nous croyons même que le renforcement ou l'atténuation de ses troubles psychiques sous l'effet de la stase ou de la libération de ses complexes et de la mise en tension ou au repos de son foyer épileptogène, ont dû influencer l'évolution de son art et la succession de ses diverses manières de peindre, jusqu'à l'apogée du Midi. Toutefois, nous ne développerons pas ce point de vue, car nous ne pensons pas qu'un médecin, si passionné fût-il de l'art de Van Gogh, puisse s'accorder le droit de réduire à des considérations psychologiques l'une des plus grandes expressions de l'art universel.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la définition clinique et la situation nosologique de l'épilepsie psychomotrice, le lecteur pourra consulter la discussion du rapport que nous avons présenté à la réunion quadriennale de la Ligue internationale contre l'épilepsie (Lisbonne, 1953) : « So called psychomotor and temporal Epilepsy », *Epilepsia*, t. 2, 1953, p. 59-93.

En ce qui concerne la documentation sur les symptômes présentés par Van Gogh, le lecteur pourra se contenter de la traduction française incomplète des lettres de Vincent à Théo (les lettres à van Rappard, à Emile Bernard, à Gauguin, etc... sont beaucoup moins importantes) : « Lettres de Vincent Van Gogh à son frère Théo », traduction Georges Philippart, 1937 ; traduction Louis Roëlandt, 1953.

Les références bibliographiques suivantes concernent exclusivement les citations faites dans le texte.

- AUSSOLEIL (J.). — Quelques observations d'épilepsie larvée. *Thèse Montpellier*, 1889-1890.
- BALL (B.). — *Leçons sur les maladies mentales*, Asselin éditeurs, Paris, 1881.
- BEUCKEL (J. DE). — *Un portrait de Vincent Van Gogh*, éditions du Balancier, Liège, 1938.
- CATESSON (J.). — Considérations sur la folie de Van Gogh. *Thèse Paris*, 1943.
- CHRISTIAN (J.). — L'épilepsie larvée. *Communication au congrès international de médecine mentale*, Paris, 1878, p. 234 des comptes rendus.
- COQUIOT (P.). — *Vincent Van Gogh*, Ollendorf éditeur, Paris, 6^e édition, 1923.
- COLLOQUE DE MARSEILLE 1954. — *Problèmes d'anatomie normale et pathologique posés par les décharges épileptiques*, G. Morin et H. Gastaut éditeurs, Marseille, 1955.
- DANTZIG (M. VAN). — *Vincent ?*, Keesing éditeur, Amsterdam, 1947.
- DOITEAU (V.). — *A quel mal succomba Théodore Van Gogh ?*, Aesculape, Paris, 15 mai 1940.
- et LEROY (E.). — *La folie de Van Vogh*, éditions Aesculape, Paris, 1928.
- — *Van Gogh et le portrait du Dr Rey*, Aesculape, février et mars 1939.
- ERVIN (F.), EPSTEIN (A.) and KING (H.). — Behavior of epileptic and non epileptic patients with « temporal spikes ». *Arch. Neurol. and Psych.*, t. 74, 1955, p. 488-497.
- EVERSEN (H.). — Die geistekrankheit Vincent Van Gogh. *Allgemeine Zeitschrift für psychiatrie und psychisch-gerischtlche Medizin*, t. 84, 15 février 1926.
- FALRET (J.). — De l'état mental des épileptiques. *Archives générales de médecine*, Paris, 1860.
- GASTAUT (H.). — Interpretation of the symptoms of psychomotor epilepsy in relation to physiological data on rhinencephalic function. *Epilepsia*, t. 3, 1954, p. 84-88.
- et COLLOMB (H.). — Etude du comportement sexuel chez les épileptiques psychomoteurs. *Annales médico-psychologiques*, t. 112, 1954, p. 657-682.
- MORIN (G.) et LESÈVRE (N.). — Etude du comportement des épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises. *Annales médico-psychologiques*, t. 113, 1955, p. 1-25.

- GREY (R.). — *Van Gogh*, Crès éditeur, Paris, 1924.
- GOWERS (R.). — *De l'épilepsie*, traduction A. Carrier, Masson éditeur, Paris, 1883.
- JASPERS (K.). — *Strindberg et Van Gogh*, Hoelderlin et Swedenborg, traduction H. Naef, éditions de Minuit, Paris, 1953.
- KLEIST (K.). — Episodische dämmerzustände. *Zentralbl. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie*, vol. 33, 1923, p. 83.
- KRAUSS (G.). — Vincent Van Gogh en de Psychiatrie. *Psychiatrische en Neurol. Bladen Uitgegeven door de Nederlandsche*, Amsterdam, septembre-octobre 1941.
- LEROY (E.). — *Le séjour de Van Gogh à l'asile de Saint-Rémy*, Aesculape, Paris, mai, juin et juillet 1926.
- MAGRAE (D.). — Isolated fear a temporal lobe aura. *Neurology*, t. 4, 1954, p. 497-505.
- MARCHAND (L.) et AJURIAGUERRA (J.). — *Epilepsies*, Desclée de Brouwer et C^{ie} éditeur, Paris, 1948.
- MINKOWSKA (F.). — Van Gogh, sa vie, sa maladie et son œuvre. *L'évolution psychiatrique*, Paris, n° 1, 1932.
- MOREL (M.). — D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse, se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie : l'épilepsie larvée. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1860.
- MYSLIVECEK (R.). — Scribomanie temporaire dans l'épilepsie. *Comptes rendus de la Société de neurologie de Prague*, 10 février 1932.
- PIÉRARD (L.). — *La vie tragique de Vincent Van Gogh*, éditions Correa, Paris, 1946.
- PENFIELD (W.) et JASPER (H.). — *Epilepsy and the functional anatomy of the human brain*, Little Brown éditeur, Boston, 1954.
- PERRUCHOT (H.). — *La vie de Van Gogh*. Editions Hachette, Paris, 1955.
- RIESE (W.). — Ueber den stilwandel bei Vincent Van Gogh. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 2 mai 1925.
- RODIN (E.), MULDER (D.), FAUCETT (R.) and BICKFORD (R.). — Psychologic factors in convulsive disorders of focal origin. *Arch. Neurol. and Psychiat.*, t. 74, 1955, p. 365-374.
- THURLER (J.). — A propos de Vincent Van Gogh. *Thèse de Genève*, 1925.
- TRALBAUT (M.). — Vincent Van Gogh pendant sa période anversoise. *A.J.G. Strenght's Uitgevers My N.V.*, Amsterdam, 1948.
- VINCHON (J.). — *L'art et la folie*, éditions Stock, Paris, 1920.
- WESTERMAN HOLSTIJN (A.). — *Die psychologische ontwikkeling Vincent Van Gogh*, Imago, t. 10, 1924, p. 389.
- *Le développement psychologique de Vincent Van Gogh*, conférence faite en 1955 et dont l'auteur a bien voulu nous communiquer le texte dactylographié non encore publié.

EST-CE QUE LES PSYCHOSES GRAVIDIQUES SONT DES PSYCHOSES PUERPÉRALES ?

PAR

PAUL ABÉLY

Il est classique d'englober dans l'étude des psychoses dites puerpérales, celles de la période gravidique et celles du post-partum.

C'est ainsi qu'on en est arrivé peu à peu à assimiler les unes aux autres.

Si l'étiologie de grossesse accorde une apparence commune, les processus physiologiques, qu'ils soient neurologiques ou endocriniens, sont en réalité très dissemblables.

Peu à peu, après de longues années de patientes recherches sur les psychoses puerpérales, j'en suis arrivé à me persuader qu'il y a très peu de points communs entre les troubles mentaux de la gravidité et ceux du post-partum. Je crois même que sous une trompeuse identité de cause, il n'y a aucune parenté entre les deux.

La clinique, les contrôles biologiques, le type évolutif, les directives thérapeutiques et leurs résultats m'ont progressivement fixé dans cette opinion. L'analyse des processus physiologiques responsables de l'une ou de l'autre de ces formes, est enfin venue m'apporter d'autres explications de cette dissemblance. C'est ce que je voudrais exposer et détailler dans cet article.

Grosso modo on peut dire que les psychoses gravidiques sont des psychoses de stress et d'adaptation, alors que les psychoses du post-partum sont des psychoses consécutives à des anomalies de régénérescence, de reconstruction, à la fois neurologique, glandulaire et tissulaire réceptive.

Il est habituel en effet qu'un sujet qui a présenté une psychose gravidique ne fasse pas une psychose du post-partum. Il est

même fréquent de voir guérir cette psychose gravidique aussitôt après l'accouchement. Il est donc permis de supposer que l'on se trouve devant deux étiologies différentes et de dénommer les premières des psychoses fœtales, ou mieux placentaires, ou peut-être toxico-gravidiques. La fécondation, la nidation, la substitution du placenta à l'hypophyse représentent un bouleversement physiologique qui correspond bien à la définition du stress. Encore que celui-ci n'ait pas la brutalité du choc traumatisant habituel et c'est probablement pourquoi les réactions d'épuisement et d'adaptation, de choc et de contre-choc, y sont elles-mêmes plus prolongées et moins immédiates.

C'est ainsi qu'en ce qui concerne la topographie psychopathique de la grossesse, on remarque rapidement qu'elle se sépare en deux phases très nettes. La première englobe les 3 ou 4 premiers mois, la deuxième les 4 derniers mois, et plus spécialement les 3 derniers.

Les examens biologiques adéquats confirment cette même différenciation : chute fréquente de la tension artérielle, des hormones cortico-minéraloïdes et des 11-oxycorticostéroïdes dans la première phase. A l'opposé, tendance à l'hypertension artérielle dans la 2^e phase, élévation des 11-corticostéroïdes souvent au-dessus de la normale, rétention de chlorure de sodium. Si bien qu'on assiste aux deux phases prolongées de la maladie d'adaptation selon les conceptions de Seylie. Certes, le dosage des corticostéroïdes reste encore dans le domaine de la recherche, d'autant plus qu'il doit être obligatoirement associé à l'étude de la courbe des éliminations urinaires, laquelle se heurte à de grandes difficultés chez des malades agitées ou opposantes.

Dans les cas que nous avons pu contrôler pour le mieux, notre attention a été attirée par la constatation fréquente et paradoxale du non-parallélisme de la chute ou de l'élévation des 11-oxycorticostéroïdes et des 17-corticostéroïdes.

Au stress purement physiologique s'ajoute le stress psychologique, surtout s'il s'agit d'une grossesse irrégulière et redoutée. Et c'est alors qu'une fois de plus, se contrôle, comme dans tous les accidents psychiatriques ou névrotiques, le rôle primordial du terrain antérieur.

Dans les 4 premiers mois, on assistera à deux types de symptômes psychopathiques différents.

Tout d'abord à des états de neurasthénie, de psychasthénie, avec anxiété obsédante, désarroi affectif, insomnie, asthénie

profonde, rumination mentale, avec tension artérielle anormalement basse, mais sans modification du taux de prégnandiol urinaire. Il s'agit de sujets conscients, nullement désorientés, ni confus, ni fébriles. Quelques injections prudentes de désoxycorticostérone, associées à la vitamine C, aux préparations phosphorées, rétablissent rapidement l'état de l'intéressée, qui poursuivra ensuite une grossesse sans histoire.

En second lieu, à des états d'excitation plus ou moins violents du type maniaque. Il s'agit de sujets en général constitutionnellement cyclothymiques et instables dans leur équilibre neuro-végétatif. Dans ces derniers cas, la tension artérielle est encore nettement au-dessous de la normale, mais les dosages hormonaux font, cette fois, découvrir un excès de prégnandiol urinaire (toujours supérieur à 8 mg. par jour). Or, le prégnandiol est une hormone essentiellement vagotonisante et vaso-constrictive de la circulation cérébrale, c'est-à-dire prédisposante aux états d'excitation.

Le taux de la calcémie, assez paradoxal (mais le plus souvent normal), n'apporte aucune indication précise et utile.

De tels syndromes n'apparaissent généralement pas avant la fin du deuxième mois. Ils sont assez délicats à traiter, car il faut avant tout éviter de compromettre une grossesse à son début par des médications intempestives ou dangereuses pour le fœtus.

Il faut surtout s'adresser aux sympathicomimétiques (caféine, éphédrine, coramine), à la chlorpromazine, aux vitamines de la série B. Il est recommandé de ne tenter aucune thérapeutique hormonale quelle qu'elle soit.

C'est dans ces premiers mois de grossesse et souvent d'ailleurs jusqu'aux tous derniers mois que les hyperfolliculiniques d'habitude, les spasmophiliques antérieures, éprouvent un bien-être inaccoutumé et un équilibre mental qu'elles ne connaissaient pas auparavant. Il est probable que l'équilibre folliculine-progesterone, lui-même alors rétabli, est le responsable de cette heureuse transformation.

Entre le quatrième et le cinquième mois, si la femme enceinte est médicalement bien surveillée, on assiste à une zone psychique relativement neutre (il s'agit naturellement d'un sujet qui, avant sa grossesse, ne présentait aucun signe manifeste de désordre mental).

Mais à partir du cinquième et sixième mois, les accidents psychiatriques qui pourront survenir seront très différents de ceux

précédemment décrits. Il est habituel de noter qu'ils apparaissent chez des sujets dont les premiers mois de gestation s'étaient le plus souvent écoulés normalement.

On retrouve ici *deux types syndromiques prédominants*.

Tout d'abord, des formes mélancoliques pures, plus ou moins graves avec déshydratation, petites poussées hyperazotémiques. L'élévation nette de la tension artérielle habituelle, élévation pouvant parfois atteindre des chiffres importants. Alors qu'au cours des premiers mois, on remarquait une activité parasympathique, au cours de ces derniers mois, et surtout chez ces psychopathes, c'est l'excitabilité de l'orthosympathique qui prédomine. Les dosages hormonaux, pas toujours aisés à pratiquer, montrent encore un taux anormalement élevé des hormones gonadotrophines et des hormones cortico-stéroïdes avec une prédominance pour les 11-oxy corticostéroïdes. On contrôle ainsi l'existence d'un syndrome complexe neuro-endocrino-vasculaire qui, sous une forme atténuée, se rapproche un peu de celui de la toxémie gravidique. C'est pourquoi il faut traiter de telles malades assez dans le même sens : régime déchloruré, réhydratation et diurétiques. On améliore à la fois l'hypersympathicotomie et les troubles vasculaires à tendance hypertensive par les ganglioplégiques, tels les sels d'ammonium, la chlorpromazine ou le serpasil faible. La tonalité mélancolique elle-même paraît heureusement modifiée par des injections à doses moyennes d'hormones gonadotrophines chorioniques qui semblent contrebalancer heureusement l'effet des hormones sériques en excès. Cependant, avant de tenter cette thérapeutique, il est prudent de contrôler le taux des prolans B.

Enfin, quoique la chose paraisse osée, il est maintenant démontré que quelques électro-chocs, prudemment administrés, améliorent à la fois le syndrome mental et le syndrome neuro-hormono-vasculaire, cela sans danger pour la mère, le fœtus et l'évolution même de la grossesse. Les muscles lisses semblent peu réagir aux chocs électriques. On peut ainsi pratiquer sans inconvénient ces électro-chocs même dans le dernier mois de la gestation.

Un deuxième syndrome névrotique, beaucoup moins fréquent, d'ailleurs, que l'on retrouve dans cette dernière période de la grossesse, est la révélation, le réveil ou l'aggravation d'une diathèse spasmophilique. Elle consiste en des bouffées intermittentes et spectaculaires d'angoisse anidémique avec humeur maussade,

agitation névropathique, troubles caractériels. La tension artérielle est cette fois peu modifiée, quelquefois assez basse.

Le signe de Chovsteck est habituellement présent. En revanche, les dosages du calcium du sang apportent des résultats assez discordants, souvent il n'y a pas d'hypocalcémie évidente.

A mesure que le fœtus se développe, il a de plus en plus besoin de calcium. Il va le puiser dans les ressources maternelles. Si, par insuffisance d'apport alimentaire calcique suffisant, la mère ne récupère pas rapidement ce calcium dont elle est ainsi privée, si elle possédait auparavant des parathyroïdes déficientes qui supportent mal l'effort actuel, si enfin pour une cause d'origine nerveuse centrale, elle fixe mal les ions calcium au niveau de son tissu neuro-musculaire, alors apparaît la névrose spasmodique.

Devant une telle éventualité, il est indispensable de contrôler le taux de la calcémie, et selon les indications obtenues d'injecter du gluconate de calcium par voie intraveineuse jusqu'à rééquilibration de cette calcémie.

Parfois il faudra favoriser l'activité défaillante des parathyroïdes par des préparations adéquates (paratyrone).

Toujours il faudra utiliser les vitamines D2 et aussi les vitamines E (l'association des D2 et des E ayant habituellement en l'occurrence d'excellents effets).

Telles sont les différentes psychoses gravidiques. Elles semblent être dominées par des processus d'adaptation relevant des phénomènes d'épuisement et de réadaptation excessive, selon Seylie. La phase d'épuisement se situe surtout dans les premiers mois de la grossesse, période où l'équilibre gravidique, encore anarchique, s'installe progressivement en passant par des phases de défaillances cortico-surréaliennes, de montées en flèche des hormones gonadotropes qui ne se stabilisent que lorsque la prise en charge par le placenta est totalement réalisée, c'est-à-dire à partir du 3^e mois. C'est pendant ce même intervalle de temps que le taux de la folliculine reste inchangé, avec un certain déséquilibre hormonal en faveur de la progestérone.

Peu à peu l'équilibre gravidique se trouve harmonieusement réalisé pendant 2 à 3 mois, du 4^e au 6^e mois, et en même temps se place alors une zone neutre au point de vue psychiatrique. Ensuite apparaît une nouvelle phase (la troisième du stress), celle de l'hyperadaptation : hyperactivité corticosurrénaliennne, élévation progressive du taux de la folliculine, défaillances parathyroïdiennes, sénescence placentaire commençante. Alors va

apparaître un nouveau type de troubles mentaux ou névrotiques, eux aussi liés à un déséquilibre, mais bien différent de celui du début.

Dans l'une et l'autre phases, ces incidents psychiques surviendront le plus souvent chez des prédisposées, fragiles dans leur système neuro-endocrinien.

Cette étiologie psycho-pathologique est toute différente dans les psychoses du post-partum.

Certes, on peut retrouver dans ces dernières des accès maniaques ou mélancoliques, mais ils ne seront pas identiques à ceux de la période gravidique, ils auront beaucoup plus le masque diencéphalique avec presque toujours un appoint confusionnel, d'importantes perturbations des métabolismes généraux, de l'instabilité thermique. Le traitement et les résultats de celui-ci en seront dissemblables.

Il n'est pas dans mon intention d'aborder ici les troubles psychiques particuliers du post-partum.

Mais il est, je crois, indispensable d'insister sur un élément de diagnostic différentiel capital. *Je veux parler des troubles de la réceptivité tissulaire.*

Dans les psychoses gravidiques, l'étude des frottis vaginaux n'apporte en général aucune indication importante. Les récepteurs sont évidemment modifiés dans leur structure histologique, mais il y a peu de retentissement sur l'endomètre et sur la muqueuse vaginale. Il est même intéressant de noter, comme le fait remarquer Courrier, que, malgré l'hyperfolliculinie gravidique, on ne retrouve aucune hyperplasie de la muqueuse. Il n'en est plus de même dans les psychoses du post-partum, comme le signalent très justement MM. J. Delay, A. Corteil et B. Lainé, qui se sont particulièrement attachés à cette étude. Ils ont contrôlé le parallélisme fréquent entre la guérison psychique et la régénérescence intégrale de la muqueuse endométriale. « Tout se passe, écrivent-ils, comme si le déroulement des diverses relations entre diencéphale, hypophyse et récepteurs était inhibé par un corps étranger au niveau de l'organe effecteur ; son ablation, le plus souvent suffisante, peut parfois ne pas l'être pour apporter la guérison mentale, comme si le trouble psychique une fois déclenché évoluait par son propre compte. »

Et ces auteurs signalent un nombre impressionnant de guérisons mentales par un curetage élémentaire. Personnellement, j'obtiens des résultats identiques et constants en revigorant directement le diencéphale par la pneumo-encéphalographie

toujours pratiquée *obligatoirement* en période pré-ovulaire et suivie une semaine plus tard de 3 électrochocs.

Si bien qu'on peut se demander si le trouble du récepteur endométrial et vaginal n'est pas plus une conséquence commune qu'une cause du désordre psychique. Je pense que les anomalies locales biologiques sont intimement liées au trouble général de l'influx récepteur diencéphalique. La chose me semble d'autant plus probable qu'elles disparaissent, comme j'en ai eu l'occasion de le contrôler souvent, après l'heureuse action de la pneumo-encéphalographie, disparition coïncidant, comme pour eux, avec la guérison psychique.

Je pense que le fréquent et heureux effet du curetage, que notent MM. Delay, Corteil et Lainé, s'explique en fait par un réflexe neuro-hormonal débloquent le système diencéphalo-hypophysaire grâce à une excitation à point de départ endométrial, qui remonte par les voies ascendantes du récepteur terminal au diencéphale, pour suivre ensuite les voies descendantes vers l'hypophyse, les glandes endocriniennes sous-jacentes et à nouveau le récepteur terminal.

Ils traitent, pourrait-on dire, ces syndromes mentaux, du post-partum par voie ascendante, alors que je tente de les atteindre par voie descendante. Nous aboutissons les uns et les autres à rétablir un influx défaillant, à remettre en marche la totalité du circuit neuro-hormonal. *Il serait très intéressant, peut-être, d'associer ces deux techniques.* D'ailleurs, il m'apparaît que les troubles de la réceptivité du post-partum ne se limitent pas au seul endomètre et qu'on peut en retrouver ailleurs, en particulier au niveau de la glande mammaire, par exemple. Il me faudrait ainsi en arriver maintenant à décrire les désordres psychiques provoqués par les troubles de la lactation ! Il m'a été souvent donné de contrôler que, pour qu'une psychose du post-partum soit vraiment guérie d'une façon stable et définitive, il faut non seulement assister à la réinstallation normale de la réceptivité endométriale et vaginale, mais aussi au tarissement strict de la sécrétion lactée.

Dans cet article, au titre un peu discutable, j'ai voulu simplement me limiter à montrer les différences profondes qui existent entre les psychoses gravidiques et les psychoses du post-partum, trop souvent confondues sous la dénomination générale de psychoses puerpérales. L'étiologie, la symptomatologie clinique, la date d'apparition, la thérapeutique, en sont entièrement dissemblables.

Les psychoses gravidiques sont des psychoses d'étiologie complexe, où s'intriquent un déséquilibre endocrinien anormalement accentué, une maladie de l'adaptation, un appoint toxémique assez fréquent.

Les psychoses du post-partum sont des psychoses dont l'étiologie se situe dans un épuisement ou une perturbation de l'influx diencéphalo-hypophysaire avec comme conséquence (parmi d'autres) des troubles portant sur la réceptivité tissulaire générale et sur celle de l'endomètre en particulier.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 9 janvier 1956

**Présidence : M. Paul ABÉLY, président
et M. Adrien BOREL, vice-président**

Le problème des « schizophrénies infantiles » : démence non épileptique chez un enfant comitial, par MM. A. BELEY, P. BOBIN et J. LEYRIE.

L'observation que nous rapportons a trait à un enfant de 8 ans, interné en 1953 à la colonie de Vaucluse, et que nous avons suivi attentivement, tant sur le plan du syndrome épileptique, qu'il présente depuis l'âge de 2 ans et demi, que sur celui d'une profonde dissociation psychique, que l'on est amené à dire schizophrénique, au moins dans ses manifestations extérieures. Les deux affections ont évolué parallèlement, sans qu'il soit possible d'évoquer une épilepsie démentielle dans une de ses formes cliniques classiques.

Déjà l'un de nous, dans cette société, a soulevé récemment le problème nosologique et pathogénique de la schizophrénie infantile à l'occasion de la présentation d'un enfant de 11 ans, arriéré et épileptique, dont la brusque perte de langage, accompagnée de phénomènes catatoniques, pouvait être aussi bien de nature aphasique que d'origine dissociative. Le cas présent, outre qu'il est difficile à solutionner quant à la conduite à tenir et aux thérapeutiques à appliquer, pose à son tour des interrogations doctrinales : la schizophrénie-type, avec ses critères évolutifs, qui sont les plus sûrs, se rencontre-t-elle souvent chez l'enfant, et en particulier chez l'enfant arriéré ? La démence précocissime de Sancte de Sanctis, si souvent brusquement hébéphréno-catatonique, peut-elle prendre parfois figure de schizophrénie ? La « schizophrénie de l'enfant » n'est-elle pas, presque constamment, en rapports très serrés avec une étiologie organique plus ou moins apparente ? Pourquoi opposer épilepsie et schizophré-

nie, alors que, chez le jeune enfant, il est vain de décrire des formes « pseudo-schizophréniques » de démence épileptique, pour dissimuler qu'un syndrome schizophrénique véritable peut débiter en même temps qu'une épilepsie, tant clinique qu'électrique, et évoluer de pair avec elle, sans revêtir les attributs classiques de la démence épileptique ?

Ces questions, que nous retrouverons lors de la discussion de l'observation, sont de celles qui se posent très fréquemment dans la pratique psychiatrique infantile. Nous souhaitons qu'elles finissent par aboutir à une révision soigneuse de cette entité nosologique, assez artificielle, et trop commodément utilisée, qu'est celle de la schizophrénie infantile.

OBSERVATION. — B... G..., 8 ans 1/2, né en mars 1947, est le premier enfant de parents qui ont toujours été en bonne santé ; après lui, en 1951, viendra au monde un deuxième enfant mort-né. Pas d'antécédents héréditaires notables. Grossesse et accouchement normaux. Poids à la naissance : 3 kilos. Cri immédiat. Premier sourire à 2 mois ; première dent à 7 mois ; marche à 15 mois ; parole à 2 ans. Pas de maladies importantes du premier âge. Quelques particularités ont été remarquées par la mère dans les deux premières années : balancements de la tête à l'endormissement ; absence d'intérêt pour les jouets ; rareté des marques d'affection. Il faut insister cependant sur la régularité du premier développement psycho-moteur.

À l'âge de 2 ans 1/2, sans cause apparente, apparaissent des « malaises » très courts... « à peine le temps de les voir ». Six mois après ont lieu les premières crises convulsives avec perte de connaissance et chute, qui deviennent de plus en plus fréquentes et finissent par survenir quatre à six fois dans la journée. En même temps (3 ans), on constate les premiers troubles du caractère et du comportement : colères violentes, trépignements, opposition hostile, destruction de carreaux, jets et bris d'objets familiers. Les parents observent des cycles réguliers : deux jours de suite sont marqués par des crises convulsives, les deux jours suivants par des colères ; l'enfant semble ne plus se développer intellectuellement : il n'accède pas au « moi », ...il s'isole, continue à parler de lui à la troisième personne, soliloque. Plusieurs médecins sont consultés (1951-1952 et 1953), qui prescrivent des barbituriques, des hydantoïnes, et en dernier lieu de l'épidione. L'enfant est suivi en traitement psychothérapique à l'institut Claparède. Les accidents critiques demeurent aux environs de 23 par mois. Un premier électro-encéphalogramme, pratiqué en 1951, n'avait montré aucune altération profonde du tracé, et pas de pointes-ondes.

Gérard a maintenant 5 ans : le placement à la colonie de Vaucluse est décidé du fait des colères clastiques, de l'agitation et des tendances autotutélaires. Il ne s'agit plus seulement d'arrêt de développement mais de régression véritable. Il faut noter qu'au début de 1953 l'enfant avait présenté, pendant une semaine, une température à 38°, avec troubles digestifs et prostration, qui avaient fait parler de « gardénalisme ».

Le certificat de placement à Vaucluse (Dr Brissot) souligne les troubles graves du comportement, les manifestations caractérielles désordonnées, les périodes d'agitation, tout en signalant des accidents critiques de nature

« vraisemblablement comitiale ». Les deux certificats immédiats (D^{rs} Dau-mézon et Borel) parlent d'agitation atypique, impulsive et clastique, avec propos décousus, soliloquie, fabulation, transitivisme, écholalie, et décrivent avant tout un syndrome dissociatif « chez un sujet non sensiblement arriéré ». A la quinzaine (D^r Borel), en même temps que sont détaillés les phénomènes discordants, il est fait mention de « crises comitiales fréquentes avec vertiges et absences ».

A la colonie, on note l'extrême instabilité psychomotrice touchant à une agitation subcontinue, les stéréotypies motrices et verbales, l'inattention et l'inaccessibilité, le désintérêt pour l'ambiance, la verbigération soliloquée ; Gérard répète en écho, parle de lui à la troisième personne, s'embrasse continuellement les mains. Le niveau mental est pratiquement impossible à déterminer du fait de l'aproxexie et de l'autisme dialogué ; il semble cependant que le Terman donne un âge mental de 4 ans 2 mois pour 6 ans 1/2 d'âge réel ; en fait, le niveau intellectuel est certainement supérieur puisque l'enfant sait compter jusqu'à 40 et connaît toutes ses lettres. Le développement somatique est suffisant et harmonieux, sans dystrophies et sans signes de rachitisme ; les viscères sont normaux. A l'examen neurologique, on remarque quelques inégalités du tonus, un réflexe rotulien gauche diminué avec un cutané plantaire douteux du même côté (première réponse en extension). La marche est normale ; l'attitude spontanée est presque constamment en tailleur.

Des crises typiques de grand mal continuent à se succéder rapidement. L'électro-encéphalogramme montre alors une activité alpha normale sur un rythme de fond assez lent (4 à 5 c./s.) avec quelques éléments paroxystiques amples, sans pointes ni pointes-ondes.

En février 1954, survient un épisode infectieux, baptisé grippe, avec prostration hypersomnique. L'électro-encéphalogramme qui suit aussitôt est marqué par la lenteur permanente du rythme de fond sans activité alpha, et par des paroxysmes lents, à type d'ondes groupées, à nette prédominance temporale gauche. La pneumo-encéphalographie ne révèle qu'une légère dilatation de la citerne sylvienne droite.

Mars 1954 se signale par le virage de la cuti-réaction, avec irrégularités thermiques, anorexie, anémie (3.850.000 globules rouges), atteinte de l'état général. A la fin de 1954 apparaît un nouvel épisode de prostration et d'hypersomnie. Les tracés électro-encéphalographiques traduisent maintenant une destruction très générale, sans prédominance apparente, avec des altérations très lentes, très amples, quasi-permanentes ; dans la suite, le déficit cortical droit sera retrouvé. Malgré les barbituriques associés à l'épiciase, les crises comitiales continuent à survenir par bouffées ; on note des séries subintrantes, — et parfois aussi de courtes absences, accompagnées de phénomènes vasomoteurs intenses et se résolvant en quelques mouvements automatiques des mains (froissement des draps) précédant la reprise de conscience.

En même temps qu'évolue cliniquement la maladie comitiale et que s'altèrent progressivement les tracés électriques, le syndrome psychopathique se complète parallèlement pour aboutir à l'état dissociatif que nous avons maintenant sous les yeux et que l'on ne peut faire autrement que de baptiser schizophrénique : l'instabilité motrice est extrême avec de petits mouvements stéréotypés incessants des doigts, se précipitant de temps en temps sous forme de salves. La soliloquie à voix chuchotée est presque continue :

il s'agit d'une verbigération aussi peu expressive qu'elle est animée. Maniérisme et transitivisme sont importants : l'enfant ne parle de lui qu'à la troisième personne.

Avec des gestes précieux, il ramasse tout à terre et joue avec les plus petits objets qu'il tient serrés entre ses doigts. L'aproxexie est considérable, avec un parasitisme important de la pensée et de la mimique. Gérard, sollicité de répondre, s'enferme impassiblement dans une sorte de théâtralisme mimétique : il est sur la scène, chante, en les accompagnant de gestes stéréotypés et maniérés, les chansons publicitaires de la radio, il salue puis s'applaudit. Il s'identifie mal, fait l'acteur et le spectateur. Ou bien, il répond à côté, sourit de travers, présente des explosions affectives tout à fait inadéquates. En dehors de cet ensemble de stéréotypies, aucune activité pragmatique : absence de contact et isolement. Sans aucun symptôme de la série catatonique. Les tests de Terman-Merrill se révèlent impraticables.

Autisme, discordance, troubles de l'identification et transitivisme constituant la personnalité délirante, que faut-il de plus pour dire que cet enfant est un schizophrène ? Et c'est ainsi qu'il pose d'importants problèmes, à la fois doctrinaux et pratiques.

Dans ce cas, la discussion ne peut pas porter sur la véracité du syndrome comitial : il s'agit bien d'une épilepsie, où la détérioration électrique est parallèle à la désagrégation clinique, et, malgré le peu de renseignements lésionnels donnés par l'encéphalographie gazeuse, nous sommes tentés d'établir un rapport entre l'évolution de cette épilepsie et les épisodes toxi-infectieux successifs, avec fièvre, hypersomnie et prostration.

Par ailleurs, il ne fait pas de doute que nous ayons affaire à une régression dementielle rapide, dont les premiers signes, d'ordre caractériel, sont apparus en même temps que les tout premiers malaises épileptiques. Mais il est évident que, cliniquement parlant, cette démence n'a aucun des caractères décrits à la démence épileptique : si l'attention est très perturbée, elle l'est sous la forme de l'autisme qui éloigne et isole, et non de la glischroïdie qui freine et empêche ; la mémoire de notre garçon, si l'on y fait appel, est très développée ; on ne peut parler ici, ni de viscosité, ni de bradypsychie en général ; lorsque Gérard se met à chanter, il est très animé, et parfois même démonstratif. Parmi les formes cliniques de la démence épileptique, aucune ne répond au cas présent ; si l'on a pu parler d'une démence précoce épileptique, elle n'a guère été observée chez l'adolescent. D'ailleurs, pourquoi se livrer à ce jeu abstrait, qui consisterait à dire que cette démence, de type schizophrénique, est d'origine ou de nature épileptique, ce qui ne signifie strictement rien, alors que nous nous trouvons en face d'une véritable schizophrénie, et d'un authentique mal épileptique, évoluant de pair.

Ce qu'il faut constater, c'est que toutes les démences précocissimes, baptisées de façon trop systématique schizophrénies infantiles, n'obéissent pas à cette marche progressive et un peu schématique vers la

dissociation intellectuelle séparée de tout contexte qui leur a été décrite, mais que très souvent elles sont en rapport directe avec un processus organique plus ou moins apparent. Chez l'enfant oligophrène, il y a fréquemment évolution parallèle et intriquée de l'arriération et de la démence, qui finissent par ne plus pouvoir se distinguer, et il s'agit presque toujours alors de démences précocissimes, à forme brutalement hébéphrénique, ou bien hébéphréno-catatonique. Par contre, dans le cas du jeune enfant, dont le premier développement psychomoteur a été normal, le syndrome démentiel prend plus volontiers le type schizophrénique.

Le cas que nous avons présenté, outre qu'il fait réfléchir à nouveau sur le problème nosologique de la « schizophrénie infantile », met en évidence l'origine commune d'une épilepsie caractérisée et d'une démence précocissime de type schizophrénique, chez un enfant normal jusqu'à l'âge de 2 ans 1/2. Elle établit une fois de plus combien était artificielle l'opposition que l'on a tenté de dresser entre épilepsie et schizophrénie. Il s'agit ici de deux destructurations différentes au départ de la même lésion encéphalique. Nous pensons qu'il convient de donner, dans le cas présent, une importance capitale aux épisodes hypersomniques, traduisant avec quasi-certitude un processus encéphalitique à bas bruit. Nous ne soulevons qu'à titre d'hypothèse la possibilité d'une de ces formes silencieuses d'encéphalomyélite toxoplasmique acquise, dont le rôle n'est pas encore élucidé dans l'apparition d'un certain nombre de démences infantiles.

La conduite à tenir nous paraît être ici en tout cas l'abstention de toute thérapeutique de choc. L'électroencéphalogramme ne révélant aucun foyer ni aucune localisation prédominante, la neurochirurgie ne doit même pas être envisagée. Le comportement démentiel nous ayant paru s'aggraver fortement après chaque bouffée de crises convulsives, le plus important, pour l'ensemble de l'évolution, paraît être la mise en œuvre du traitement anti-comitial le mieux adapté (dans ce cas : gardénal et épiclase).

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Je suis de l'avis de M. Beley, qui élimine chez cet enfant le diagnostic de démence épileptique. Je ne pense pas que ce soit les accès convulsifs qui, par leur fréquence, ont causé les lésions cérébrales qui sont le substratum des troubles mentaux. Par contre, je n'aime pas beaucoup le terme de schizophrénie infantile pour désigner les symptômes psychiques présentés par ce petit malade. Il s'agit de manifestations mentales progressives, qui sont symptomatiques d'une encéphalopathie évolutive. Les accès épileptiques s'associent au syndrome mental déficitaire et sont symptomatiques de la même maladie cérébrale. Je ne serais pas surpris que, dans quelques années, ce sujet présente une déchéance intellectuelle telle qu'il sera considéré comme un idiot. J'ai actuellement l'exemple de deux frères, dont les observations vont être publiées avec mes collaborateurs. Comme chez le malade qui nous est présenté, leur développement physique et mental fut normal jusqu'à l'âge de 20 mois. Des troubles psychi-

a simplement mentionné qu'à certains moments « il lui était arrivé d'avoir des crises d'éblouissements avec vertiges et chute ». Il avait accompli son service militaire normalement. Toutefois, dès 1948, par son comportement psychique fait d'irritabilité, d'agressivité et d'idées délirantes à prédominance mystique, M... Louis inquiétait suffisamment son entourage pour justifier un internement d'urgence au centre hospitalier militaire de Marseille, en avril de cette année, avec le diagnostic de « délire paranoïde avec syndrome d'influence et divagations mystiques, poussées d'excitation et réactions dangereuses ». Le procès-verbal d'interrogatoire de la sœur du malade relate les circonstances qui ont nécessité le placement de son frère :

« Ce jour, à 12 h. 10, en entrant chez mes parents, je me suis mise à table. Mon frère, qui est d'un naturel coléreux, a prononcé des paroles incohérentes, disant notamment, en montrant une statuette qui représentait un tireur à l'arc : " Tu le vois, c'est lui le vainqueur." Puis, il a ajouté : " Je voulais tuer ton mari... mais c'est toi qui le tues... ! Il n'est pas mort, il ressuscitera..." Voyant que mon frère n'était pas dans son état normal, je suis sortie prévenir la police. Lorsque je suis retournée à la maison, un moment plus tard, il gesticulait et disait : " Je suis envoyé de Dieu, vous devez m'écouter ! " Il a bousculé une voisine, a giflé mon père et moi-même. Nous nous sommes mis à plusieurs personnes pour le maîtriser, mais nous n'avons pu y parvenir. Il s'est échappé et a frappé à nouveau les voisins, puis s'est rendu au premier étage, chez le propriétaire de la maison, et lui a également porté des coups. Il a été examiné par un médecin, qui a conclu à son internement d'urgence. »

Le certificat de 24 heures venait confirmer et compléter les termes du certificat d'admission : « Syndrome d'excitation maniaco-dépressive, délire confusionnel avec obnubilation de la conscience, idées de persécution, mysticisme, hallucinations psycho-motrices de caractère impératif, idées de meurtre et préoccupations d'ordre mystique ». Les quelques documents manuscrits laissés par le malade illustraient déjà la désagrégation subie dès cette époque par sa personnalité et expliquaient son comportement : « Le mal de l'esprit ou le supersticisme. C'est un mal que connaissent vraiment trop de cerveaux, un idéal que les humains réclament de toutes leurs forces, de toutes leurs fibres spirituelles. »

Un examen électro-encéphalographique pratiqué à l'époque avait montré que les tracés étaient constitués en toutes dérivations par des rythmes peu voltés, rapides dans les régions antérieures et appartenant à la bande alpha dans les régions postérieures où ils réagissaient bien à l'ouverture des yeux. L'épreuve de l'hyperpnée, correctement pratiquée pendant trois minutes, n'avait pas modifié les tracés au repos. Il n'existait donc aucune anomalie paroxystique ou focalisée.

Trois séances d'électro-chocs sont pratiquées et le malade quitte, peu de temps après, apparemment très amélioré, l'hôpital psychiatrique.

En août 1949, le comportement de M... Louis nécessite à nouveau son internement à la suite de menaces réitérées à l'égard de son père, de violences exercées sur sa mère et d'une fugue avec emport d'un pistolet. Après un internement de cinq mois, il ressort en décembre 1951. Et le 1^{er} mars 1954, il est à nouveau interné à la suite du meurtre de son père, que nous venons de relater, et ce meurtre n'est pas autre chose que l'aboutissement du syndrome délirant qu'il présentait depuis 1948. Interrogé sur les raisons de son acte, il a notamment déclaré : « Ces temps-ci, j'ai eu des moments

de tourment. Ce tourment c'est une obsession. Je suis obsédé par la question de Dieu. Mon père ne m'inculqua pas des principes religieux mais des principes athées. En découvrant plus tard les principes religieux qui disent que Dieu existe, ça m'a travaillé... Il me semblait qu'une force supérieure me commandait de tuer. J'ai voulu tuer mon père à un moment donné. L'idée qui m'était d'abord passée par la tête, c'était de le prendre et de le jeter par la fenêtre. Aux voisins, je voulais donner une preuve ; eux, ils me disaient que l'âme est immortelle et, par conséquent, le fait de tuer ce n'est rien puisqu'ils ne meurent pas..., ...ce que j'ai fait, on m'a dit de le faire. Mon père me l'a demandé. L'ordre m'a été donné maintes fois par mon père de le tuer. Bien que mon père soit très âgé, il se rendait compte que ça n'allait pas dans cette maison. Il fallait que je nettoie tout. C'est le seul moyen qu'il fallait lorsque je suis arrivé à cette solution... Tout a une influence sur tous. Tout le monde est influencé... La mort de mon père est une chose normale avec le sens de la vie. Il m'a dit : " Surtout, ne manque pas la carotide. En principe, le fils doit boire le sang de son père." J'en ai bu une goutte : c'est un sang fort ! Mon père avait tout préparé pour que mes actes soient accomplis. Mon père m'a demandé de le tuer selon les rites : on doit être saigné au cou. Les rites ordonnent aussi de couper les organes génitaux : c'étaient ses paroles à lui. J'ai bu son sang parce que cela faisait aussi partie des rites. J'ai tué un être qui avait été mon père, mais qui ne l'était plus. Il était fou. Il ne savait plus ce qu'il faisait et il fallait que son fils le remplace. On peut considérer que les vieillards ne sont plus utiles. »

Nous ne reparlerons pas de l'intérêt médico-légal de cette observation, qui résidait dans la curieuse association des lésions tranchantes cervicales et génitales, ni de l'étiologie atypique de cet homicide, qui aurait pu logiquement faire penser à un crime sadique banal, alors qu'elle illustrait au contraire une forme vraiment exceptionnelle de parricide; considérations que nous avons développées dans une récente communication à la Société de médecine légale et de criminologie (*).

Nous voulons seulement insister sur la gravité du raptus excito-moteur, ayant conduit au parricide ce dément précoce, déjà interné deux fois. Son activité hallucinatoire, à thème mystico-érotique, était alimentée par des hallucinations auditives très intenses. A plusieurs reprises, il entendit son père et sa mère qui lui intimaient l'ordre de les tuer. C'est, comme il le précisera lui-même, sur l'adjonction de la voix de son père qu'il l'a égorgé et émasculé.

Enfin, il nous paraît intéressant de souligner, en terminant, que ce malade n'a, à aucun moment, entrevu l'horreur de son acte, qu'il concevait comme un simple geste de « gérontophobie », sans importance en regard de l'immortalité de l'âme, et dont une partie du thème symbolique délirant pouvait se résumer à la suppression des géniteurs séniles, débarrassés de leurs organes procréateurs.

* H. OLLIVIER et G. BOBIS : Egorgeement avec ébauche d'émasculacion. *Com. Soc. Méd. Légale et de Criminologie de France*. Séance du 12 décembre 1955.

Complication pulmonaire aiguë d'un coma hypoglycémique au cours d'une cure de Sakel, par MM. J. PUECH et C. ROBIX.

Les complications pulmonaires aiguës au cours de l'insulinothérapie sont relativement rares, mais leur gravité particulière a retenu l'attention de certains auteurs. Plusieurs cas mortels ont déjà été publiés, celui de Marchand, Sivadon et Bouquerel (2), celui de Heuyer et ses collaborateurs (3). Selon Cossa et Postel (1), en dehors d'un cas traité par perfusion novocaïnée, « aucun œdème aigu du poumon n'aurait jamais guéri entre les mains d'aucun psychiatre ». Les conclusions de Donnadiou (4) et collaborateurs, qui ont publié récemment un travail sur ce sujet, sont moins pessimistes ; sur les sept cas rapportés par ces auteurs, six ont guéri rapidement, sans séquelles ultérieures. A l'étranger, S. Cogan et R. J. Gross (5) ont publié l'observation d'un œdème pulmonaire, qui s'est terminé également par la guérison dans des délais rapides. Il nous a paru intéressant de communiquer notre observation, qui concerne un œdème aigu pulmonaire, avec dyspnée asphyxique prolongée pendant plus de dix heures, malgré un traitement intensif, et dont la terminaison s'est faite favorablement.

OBSERVATION. — Notre malade, Mme Yvonne M..., est âgée de 31 ans. Elle est entrée dans le service en juin 1950, après un court séjour dans un hôpital psychiatrique de la Seine, où elle avait été traitée par sismothérapie. Les certificats indiquaient dès ce moment le diagnostic de schizophrénie, qui s'est confirmé par la suite. La malade présentait un syndrome dissociatif avec idées délirantes, et troubles graves du comportement : épisodes de négativisme catatonique alternant avec des phases d'agitation clastique et auto-mutilatrice. Une première série de 27 comas insuliniques entraîne une amélioration qui se maintient pendant un an. Mais une rechute se produit après cette période, et malgré la diversité des traitements appliqués (convulsivothérapie, cures de Sakel, cure de sommeil, chlorpromazine en cure prolongée), l'évolution se poursuit entrecoupée de courtes périodes de rémission partielle. En janvier 1955, une cure mixte alternant précomas insuliniques et cure de sommeil entraîne pour quelques mois la régression d'un épisode catatonique. Mais, en juillet, une nouvelle rechute nous amène à reprendre une cure de Sakel, qui est la cinquième suivie par la malade. Il est important d'indiquer que, lors de tous les traitements précédents, aucun incident n'a été noté par les observateurs.

La cure de Sakel a été commencée le 11 juillet 1955 ; la malade a reçu le premier jour 30 unités d'insuline et une ampoule d'hyaluronidase. Un état précomateux est obtenu avec 70 unités d'insuline ; le premier coma survient deux jours plus tard, avec 90 unités d'insuline. Aucun incident n'est noté jusqu'alors. Le réveil de ce premier coma se produit normalement. Rien ne laisse prévoir l'accident dramatique du lendemain.

Le 19 juillet 1955, au neuvième jour du début de la cure, la malade reçoit à 6 heures 90 unités d'insuline ; la malade est calme, la tension est à 11-8, le pouls à 88, régulier. Le coma débute à 9 h. 45. A 10 heures, l'état coma-

teux est profond, mais en dehors d'une légère hypertension à 15-9 avec tachycardie régulière à 118, on ne note aucune anomalie ; la température est à 35°8 ; le rythme respiratoire à 22 inspirations-minute ; le réveil est décidé à 10 h. 1/2. Il se fait rapidement, en quelques minutes, à la suite d'une injection intraveineuse de 60 cc. de sérum glucosé hypertonique. Toutefois, la malade, qui accepte de boire du café contenant la dose de sirop glucosé nécessaire au resucrage, refuse toute autre alimentation ; elle demeure dans un état d'obnubilation avec hébétitude, agitation, réponses incohérentes.

Vers 11 heures 30, soit une heure environ après le resucrage, le rythme respiratoire s'accélère et apparaît un état de cyanose progressive, qui s'accroît assez rapidement ; en quelques minutes, la situation devient très grave : les lèvres et les extrémités sont cyanosées, il existe une polypnée régulière intense, les champs pulmonaires sont encombrés de râles, le pouls est rapide, mais régulier. La malade est consciente, mais éprouve de grandes difficultés à parler ; elle est agitée et anxieuse, cherche à arracher le masque d'oxygène qui est dès ce moment appliqué. Après une injection de solucamphre, on pratique une injection intraveineuse de caréna-ouabaïne 25 et une saignée de volume modéré (250 cc. de sang sont soustraits en une heure).

A 13 heures, le pouls est petit, très accéléré, à 140. La malade est toujours polypnéique, on compte alors 54 inspirations-minute. Elle reste consciente et son regard suit anxieusement les gestes des personnes autour d'elle. On pratique une injection sous-cutanée de coramine. L'oxygène est administré sous le masque de façon continue.

A 14 heures 30, malgré l'oxygène, la cyanose persiste, le pouls devient incomptable, la tension artérielle s'abaisse et devient imprenable. On fait une injection intraveineuse de 1/4 de mgr. d'ouabaïne et une ampoule de sédol en sous-cutané. Peu de temps après, le pouls est compté à 150, la tension artérielle trouvée à 7-5. On installe un goutte-à-goutte rectal de sérum glucosé hypertonique (250 cc. sont ainsi administrés). Mais l'état reste stationnaire, la polypnée persiste intense ; le visage de la malade, baigné de sueur, montre une inquiétante pâleur associée à la cyanose, ses yeux reflètent une angoisse tragique. On décide la mise en route d'une perfusion de 500 cc. de sérum glucosé isotonique avec 20 cc. de novocaïne à 1 % et une ampoule de cocarboxylase. Une amélioration se dessine assez rapidement et vers 15 heures 30 le pouls est rapide mais mieux frappé et la tension remonte légèrement à 9-7.

A 16 heures, une deuxième perfusion identique à la première est instituée.

A 16 heures 30, la polypnée et la cyanose sont encore importantes mais la tension est à 9,5-7.

A 17 heures 30, la tension artérielle est à 10-7, la respiration est inchangée ; on fait une injection intraveineuse d'ouabaïne à 1/4 de mgr.

A 17 heures 45, on commence une troisième perfusion à 500 cc. de sérum isotonique associé à 20 cc. de novocaïne.

L'amélioration est nette vers 18 heures 45, la cyanose a diminué bien que la polypnée reste importante ; l'oxygène n'est donné que par intermittence. Le pouls est à 100, plus régulier, mieux frappé.

Devant la persistance de la dyspnée, on pratique une injection intramusculaire de chlorpromazine à 25 mgr., puis à 19 heures une nouvelle perfusion novocaïnée.

Quelques instants plus tard, alors que la malade est transportée sur un autre lit, une brusque aggravation se manifeste ; le pouls devient incompréhensible, la tension artérielle imprenable, la cyanose réapparaît ; on met en place le masque d'oxygène et on administre à nouveau de l'ouabaine puis de la coramine.

A 20 heures, une légère amélioration est notée, la tension maxima est à 9, mais le pouls reste irrégulier ; la température est montée à 38°9 et atteindra une heure plus tard 39°1.

L'état se maintient stationnaire jusqu'aux environs de 22 heures. A ce moment, se produit une amélioration notable et rapide, le pouls a baissé de 120 à 106, la tension artérielle est à 9-7. La respiration est à 50, l'encombrement pulmonaire a nettement diminué mais des râles persistent aux bases. La cyanose a disparu bien qu'on ait cessé l'oxygène vers 20 heures 30. La malade peut prononcer quelques mots et réclame à boire.

L'amélioration va se confirmer dans les heures qui suivent ; une dernière perfusion de 20 cc. de novocaïne sera administrée dans la nuit jusqu'à 2 heures 30.

Vers 5 heures, malgré la dyspnée qui persiste aux environs de 48 inspirations, la malade est calme et s'endort ; à ce moment, la tension artérielle est remontée à 10-7, le pouls est à 88.

Le lendemain, la respiration reste superficielle et accélérée à 42, mais la malade ne semble en éprouver aucune gêne. Le pouls est à 90, il présente des irrégularités, parfois bigéminé, parfois coupé d'extra-systoles. La température du soir est à 38°1. Il faut noter qu'un traitement par antibiotique a été institué dès la veille et continué pendant les jours suivants. Le surlendemain, 21 juillet, bien que le pouls, la tension artérielle, soient redevenus normaux, la respiration reste accélérée à 40 inspirations (minute). L'auscultation cardiaque ne montre aucune anomalie. Le rythme respiratoire ne redevient tout à fait normal que dans l'après-midi du 22 juillet 1955, soit plus de trois jours après le début des troubles.

Aucune complication ne fut notée dans les jours qui suivirent ; la radioscopie pulmonaire était normale, un électrocardiogramme pratiqué quelques jours plus tard s'est montré normal. Signalons que l'état mental de notre malade n'a été nullement modifié par cet accident.

COMMENTAIRES. — Cette observation nous paraît intéressante, en raison de la complexité et de la gravité des problèmes séméiologiques, pathogéniques et thérapeutiques, que posent les complications pulmonaires aiguës au cours de l'insulinothérapie.

Sur le plan séméiologique, notre malade a présenté, une heure environ après le réveil d'un coma insulinaire, un état de dyspnée intense, qui s'est prolongé pendant plusieurs heures. L'asphyxie, la cyanose, s'accompagnaient d'un encombrement pulmonaire, d'un affaiblissement et d'un pincement de la tension artérielle, et d'une accélération du pouls. Notre malade n'a pas présenté d'expectoration. Une dyspnée plus modérée a persisté jusqu'au troisième jour. Cette description s'écarte donc sensiblement du tableau classique de l'œdème pulmonaire aigu par la longue durée de la dyspnée et l'absence d'expectoration. En effet, l'existence d'une expectoration est notée par presque

tous les auteurs [Marchand (2), Cossa (1), Cogan et Gross (5)] ; elle est toutefois absente ou très discrète dans plusieurs cas rapportés par Donnadiou (4). En ce qui concerne le début de l'apparition de la dyspnée, notre cas est identique à ceux précédemment publiés, où les accidents dyspnéiques débutent, soit immédiatement, soit quelques minutes après le resucrage. Enfin, l'accident pulmonaire peut, comme dans notre cas, se manifester isolément en l'absence de coma ; dans d'autres observations il réalise une complication du coma prolongé post-hypoglycémique. Si leur diagnostic est en règle facile, les complications pulmonaires de l'insulinothérapie posent de difficiles *problèmes pathogéniques*.

La pathogénie de ces accidents est complexe, car de multiples facteurs peuvent être invoqués, et agissent probablement étroitement intriqués. Deux mécanismes peuvent à notre sens être considérés comme essentiels.

1° En premier lieu, *l'action directe de l'insuline au niveau du tissu pulmonaire* ; comme au niveau du tissu cérébral, l'insuline entraîne au niveau du parenchyme pulmonaire des réactions œdémateuses. Ces réactions seraient constantes, mais habituellement modérées. Elles seraient dues à un trouble de la perméabilité capillaire, et elles ont été démontrées sur les animaux d'expérience par plusieurs auteurs [Cossa, Julius et Cepulic (6)]. Cliniquement, Gross et Schaffer (7) ont démontré la fréquence d'un œdème pulmonaire fruste au cours des comas insuliniques sans complication ; radiologiquement, ils notent l'existence de signes d'œdème dans la moitié de leurs sujets examinés.

Pour expliquer la survenue des accidents graves, on peut admettre, soit un mécanisme de sensibilisation de type allergique, soit, comme Billet et ses collaborateurs (8), une perturbation fonctionnelle des centres diencephaliques ou du tronc cérébral. Cette conception est également celle de Cossa, qui admet un mécanisme central identique pour expliquer les accidents d'œdème pulmonaire et d'œdème cérébral. A ce sujet, il faut noter que dans les deux cas autopsiés par Marchand il existe des hémorragies miliaires du cortex et des noyaux gris, ainsi qu'une infiltration œdémateuse corticale. Cliniquement, dans l'un de ces cas, l'œdème pulmonaire est associé à un coma prolongé.

2° D'autre part, *l'œdème pulmonaire peut être la conséquence d'une défaillance du cœur gauche*. Selon certains auteurs, cette dernière serait en rapport avec l'hypoglycémie insulinaire, qui agirait en perturbant les réactions physicochimiques de la contraction musculaire au niveau du muscle cardiaque [Gottesfeld (9)].

Les causes réflexes (aspiration au cours du coma, irritation par sondage gastrique) peuvent également être invoquées à titre de facteurs de déclenchement. Dans notre observation, la seconde peut être éliminée, puisque notre malade n'a pas été sondée.

Il résulte de ces notions que le *traitement* de l'œdème pulmonaire

au cours des cures de Sakel doit être polyvalent et s'inspirer des probabilités pathogéniques. La morphine, la saignée modérée pratiquée précocement, la médication tonicardiaque, restent formellement indiquées. L'administration d'oxygène est une nécessité en cas d'asphyxie. Proposée par Cossa à partir de l'expérience neurochirurgicale, la thérapeutique antioedème par perfusion novocaïnée nous paraît logique et nous a donné ici un résultat favorable. Elle semble agir par un double mécanisme : périphérique, par blocage des appareils nerveux bronchopulmonaires, entraînant une inhibition des réflexes vasodilatateurs capillaires et exsudatifs, mais aussi centrale, sur les centres régulateurs du diencéphale ou du tronc cérébral.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. COSSA (P.) et POSTEL (J.) : De l'ictus apoplectique à l'œdème pulmonaire aigu par cure de Sakel. L'œdème central et son traitement. *Annales médico-psychologiques*, 1954, 112^e An., T. I, 1-12. — 2. MARCHAND, SIVADON et BOUQUEREL : Coma insulinaire mortel. Hémorragies diffuses méningo-cérébrales et œdème aigu pulmonaire. *Annales médico-psychologiques*, 1947, 105^e An., T. I, 290-293. — 3. HEUYER (G.), LEBOVICI (S.), WASSEF (H.), MARTIN (E.) : Deux accidents mortels au cours de la cure de Sakel. Œdème aigu du poumon et rupture de l'estomac au cours de l'insulinothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 1950, 108^e An., T. I, 349-352. — 4. DONNADIEU (A.), GARDES (A.), SCHNETZLER (J.-P.), LAUZAN (Mlle), FOURNIER (P.) : Les œdèmes aigus du poumon lors de la cure de Sakel. *Annales médico-psychologiques*, 1955, 113^e An., T. I, 207-216. — 5. GOGAN (S.) et GROSS (R.-J.) : Modifications pulmonaires aiguës au cours du traitement par coma insulinaire. *Annales médico-psychologiques*, 1951, 106, N° 1, 44-46. — 6. JULIUS (D.), et CÉPULIC (P.) : Pathogénie des complications pulmonaires dans le traitement de choc. In *Rapports du Congrès International de Psychiatrie*, 1950. *Thérap. Biol.*, 169. — 7. GROSS (R.) et SCHAEFFER (F.-H.) : Complications pulmonaires du traitement de choc insulinaire. *Am. J. Roentg.*, 1950, 63, 191. — 8. BILLET (J.), PAGÈS (P.), LAFON (R.), BILLET (M.), BILLET (B.) : Les accidents et incidents de la cure de Sakel ; hypothèses pathogéniques et prévention. *Annales médico-psychologiques*, 1951, 109, T. I, 23-40. — 9. GOTTESFELD : *Arch. Neuro. Psych.*, 1943, 49, 304.

La séance est levée à 11 heures et demie.

Séance du lundi 23 janvier 1956

**Présidence : MM. Paul ABÉLY, ancien président
et J. BONHOMME, président**

Allocution de M. Paul ABÉLY, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES,

Mon temps de présidence s'est écoulé grâce à vous tous, avec tant de facilité, que ces douze mois m'ont paru exceptionnellement précipités.

Avant de passer mes pouvoirs à mon excellent ami, le Dr BONHOMME, je me dois d'obéir à une tradition qui veut que le président sortant jette un coup d'œil sur l'année passée.

La présidence offre en effet une situation privilégiée, à la fois surélevée et plongeante, qui permet de poursuivre une véritable expérience de spectateur impartial.

Je vous remercie de m'en avoir accordé l'occasion.

J'ai vu s'affronter quelquefois en des joutes passionnées mais toujours courtoises des opinions opposées ; j'ai vu se heurter ou se confronter utilement les conceptions psychiatriques les plus variées, aussi bien thérapeutiques qu'étiologiques. J'en ai conservé l'impression que notre spécialité en est présentement à une période de mue et que sa voie est assez bitonale. De cette crise de croissance sortira bientôt, comme nous l'espérons tous, un splendide édifice.

Cependant, devant cette pluralité de doctrines, de diagnostics, de pronostics, je méditais parfois avec quelque philosophie sur la valeur, encore relative en notre spécialité, de ce mot magique qu'on nomme « la Statistique ».

Il symbolise certes l'orientation idéale vers un but toujours poursuivi et jamais parfaitement atteint, surtout peut-être en ce moment.

C'est depuis bien longtemps qu'il préoccupe les psychiatres. Aussi n'est-il pas surprenant de retrouver cette préoccupation à la base même de la fondation de notre Société. En relisant en effet l'important mémoire que fit paraître, M. René CHARPENTIER, en l'an 1943, c'est-à-dire lors du Centenaire des *Annales médico-psychologiques*, on note ces phrases : « Dès le 10 avril 1845, Morel, alors en voyage d'études en Belgique, en Hollande et en Allemagne, avait, dans une lettre adressée à Ferrus, exprimé son désir de voir se fonder en France « une Société médicale dont le but serait l'étude de tout ce qui peut intéresser la pathologie et la physiologie du système nerveux, ainsi que l'amélioration des maisons d'aliénés ». Dans une lettre à M. Renaudin sur la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales, lettre qu'il publia dans le numéro de mars 1846 des *Annales médico-psychologiques*, Baillarger, ayant adopté l'idée de Morel, écrivait :

« Il faut, pour que les données statistiques aient une véritable valeur :

« 1° qu'elles reposent sur des faits très nombreux ;

« 2° que ces faits aient été recueillis d'après des idées *communes* et par conséquent qu'ils soient parfaitement comparables.

« Or, ces deux conditions ne peuvent être obtenues, pour beaucoup de points de l'étude des maladies mentales, que par une association de médecins travaillant en commun à la solution de questions discutées à l'avance. »

C'est sur ces directives, qui demeurent inchangées, que la Société médico-psychologique vit le jour en 1852.

Lors de sa première séance, celle du 28 juin 1852, Baillarger rapportait une observation de délire de grossesse et il publiait aussi « trois cas de retour de règles chez des érotomanes âgées ».

Ce mémorable départ comble d'aise l'endocrino-psychiatre que je suis, tout en me faisant découvrir le terrain déjà parcouru depuis cent ans.

Notre Société est toujours restée fidèle à son programme. Il était dès 1852 celui de l'étude : 1° de la pathologie mentale et de la pathologie du système nerveux ; 2° de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux, de l'anatomie pathologique ; 3° de la science des rapports du physique et du moral ; 4° de l'hygiène morale, de l'éducation ou de la prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, de l'hygiène pénitentiaire, des études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence ; 5° de l'assistance, de la médecine légale, de la jurisprudence et de la statistique des aliénés ; 6° de la philosophie, de la physiologie psychologique, de l'ethnologie, de l'histoire, considérées dans leurs relations avec la science des rapports du physique et du moral.

Si quelques termes se sont quelque peu modifiés depuis, si des mots nouveaux, tels que : psychanalyse, psychophysiologie, psychochirurgie, phénoménologie, etc., ont fait leur apparition, la matière demeure identique ; celle de la pénétration progressive, du secret des rapports du psychique et de l'organique.

Mais si les préoccupations demeurent inchangées, en revanche, des moyens puissants ont extraordinairement enrichi, depuis quelques récents lustres, nos possibilités de travail et de recherche.

Il est permis d'espérer aujourd'hui que la psychiatrie s'intégrera de mieux en mieux dans le groupe des sciences exactes et des thérapeutiques cohérentes.

En quittant cette présidence pour reprendre les fonctions de secrétaire général, je me dois de remercier mon frère Xavier Abély, qui a bien voulu assurer cette charge pendant mon absence. Grâce à son dévouement habituel, mais aussi grâce à sa compétence juridique, il a su mener à bien et sans heurt certaines modifications indispensables de nos statuts déjà centenaires.

Il a été agréablement soulagé dans ses efforts par l'aide précieuse que lui apportaient MM. Sivadon et Bergeron, secrétaires des séances. Je leur demande de continuer à me conserver leur aimable soutien et je leur en exprime par avance toute ma gratitude.

J'aurai d'autant plus besoin d'eux qu'en reprenant le secrétariat général de notre Société, je vais être contraint d'y associer une charge nouvelle, bien lourde pour mes seules épaules.

Je vous annonce en effet la démission de M. René Charpentier comme rédacteur en chef et directeur-gérant des *Annales médico-psychologiques*.

Il a rempli cette double fonction pendant 25 ans, avec un art, une énergie, une maîtrise que nous connaissons tous. Sur sa demande et sur la délégation du Bureau de notre Société, j'ai accepté d'assurer la continuité de cette belle revue, qui publie par ailleurs notre propre bulletin mensuel.

Mais les *Annales médico-psychologiques* ont pris depuis 25 ans un tel essor, ont acquis une telle importance, qu'il m'est rapidement apparu comme impossible d'être à la fois le rédacteur et le gérant. Le Bureau de la Société médico-psychologique a bien voulu comprendre mon souci et il a judicieusement proposé de séparer dorénavant les deux charges. Les fonctions de directeur-gérant seront maintenant assurées par le trésorier-archiviste en exercice de notre Société, celles de rédacteur en chef par le secrétaire général, également en exercice.

Ainsi, les liens qui unissent depuis un siècle notre Société et les *Annales médico-psychologiques* n'en seront que plus solides.

Là, sera tout autant et toute aussi féconde (si besoin en était), la collaboration harmonieuse qui existera entre Olivier Garand et moi-même, collaboration d'autant plus agréable qu'elle sera basée sur une longue amitié qui associe votre secrétaire général à votre dévoué trésorier-archiviste.

Je félicite mon cher et vieil ami Adrien Borel de son élection à la vice-présidence ; cette honorable table commune nous rappellera celle plus turbulente que nous partagions autrefois à la salle de garde de Sainte-Anne.

Je le prie de prendre place au Bureau.

Allocution de M. J. BONHOMME, président

MES CHERS COLLÈGUES,

Je vous remercie bien vivement de la confiance que vous m'avez témoignée en m'appelant à cette place. Je pense que c'est surtout au privilège de l'âge que je dois cet honneur. Mon émotion est grande en m'asseyant sur ce fauteuil : il y a en effet plus de 45 ans que je fréquente cette salle, où j'ai connu de nombreux et d'éminents prédécesseurs qui dirigeaient vos débats avec la ferme et souriante assistance du vénérable M. RITTI, si accueillant pour les jeunes. Je n'ai nullement la prétention de me comparer à ces maîtres. Mais je ferai de mon mieux pour continuer leur œuvre et conserver, dans la faible mesure où je le pourrai, la vitalité de votre Société, que notre secrétaire général se plaisait à constater dernièrement.

1. — Décès du Dr Georges Vernet

J'ai malheureusement, pour commencer mon rôle, à vous annoncer le décès de deux de nos plus anciens sociétaires :

Le Dr Georges VERNET est mort le 31 décembre dernier à Cuxac-d'Aude. Ayant fait ses études à la Faculté de Paris, il fut l'interne de Ritti et passa sa thèse en 1902, sur « l'assistance des épileptiques ».

Nommé médecin-adjoint des asiles au concours de 1902, il occupa successivement les postes de Blois et de Moulins ; enfin, médecin-directeur

d'aliénés, il fut ensuite nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Bourges, où il resta jusqu'à sa retraite.

Membre correspondant national de notre Société depuis 1904, il collaborait assidûment aux *Annales*, notamment par les comptes rendus d'ouvrages allemands.

Le Dr Vernet était chevalier de la Légion d'honneur.

La Société médico-psychologique adresse ses condoléances les plus vives à sa famille, et notamment à son fils, M. André Vernet, professeur à l'Ecole de Chartres.

2. — Décès du professeur Auguste Ley

Le professeur Auguste LEY est décédé le 11 janvier, à l'âge de 82 ans. Il se destinait à l'enseignement mais fut reçu docteur en médecine en 1897 et nommé agrégé de l'Université libre de Bruxelles en 1904, avec une thèse sur l'arriération mentale.

Ses stages chez Krapelin, puis Binet et Simon, orientèrent toute sa carrière vers l'étude de la psychologie, de la criminologie, et surtout de l'enfance anormale.

Il occupa successivement plusieurs postes en vue ; il fut élu président de la Faculté de médecine de Bruxelles.

Il fonda un grand nombre d'œuvres et d'écoles d'assistance. Comme inspecteur des asiles et colonies du Royaume, il prit une part active à la réorganisation de ces établissements.

Membre associé étranger de notre Société depuis 33 ans, il fut président du congrès des aliénistes et neurologistes de langue française à la session de 1928.

Je ne puis énumérer ici la liste de ses ouvrages, communications et conférences, mais je veux en terminant vous lire quelques phrases d'une lettre adressée à son fils par un juge du tribunal de Bruxelles, qui dépeint l'homme que beaucoup d'entre nous connaissaient car on le voyait souvent à nos séances.

La Société médico-psychologique adresse à sa famille et notamment à son fils, le professeur agrégé Jacques Ley, l'expression de nos regrets et nos condoléances émues.

Communications de M. Paul ABÉLY, secrétaire général

A. — Communication est faite à la Société, réunie en assemblée générale, d'une *importante réunion du Bureau de la Société*, qui vient d'avoir lieu immédiatement avant la séance. Le secrétaire général donne la lecture intégrale du protocole écrit, qui indique l'objet et les propositions de cette réunion :

M. Paul ABÉLY donne connaissance au Bureau des deux lettres qu'il a reçues de M. René Charpentier. L'une, datée du 22 décembre 1955, fut adressée au président sortant ; l'autre, du 1^{er} janvier 1956, au nouveau secrétaire général.

Le Bureau tient tout d'abord à exprimer au Dr René Charpentier les vifs regrets causés par sa démission ainsi que sa profonde reconnaissance. Rédac-

Je vous annonce en effet la démission de M. René Charpentier comme rédacteur en chef et directeur-gérant des *Annales médico-psychologiques*.

Il a rempli cette double fonction pendant 25 ans, avec un art, une énergie, une maîtrise que nous connaissons tous. Sur sa demande et sur la délégation du Bureau de notre Société, j'ai accepté d'assurer la continuité de cette belle revue, qui publie par ailleurs notre propre bulletin mensuel.

Mais les *Annales médico-psychologiques* ont pris depuis 25 ans un tel essor, ont acquis une telle importance, qu'il m'est rapidement apparu comme impossible d'être à la fois le rédacteur et le gérant. Le Bureau de la Société médico-psychologique a bien voulu comprendre mon souci et il a judicieusement proposé de séparer dorénavant les deux charges. Les fonctions de directeur-gérant seront maintenant assurées par le trésorier-archiviste en exercice de notre Société, celles de rédacteur en chef par le secrétaire général, également en exercice.

Ainsi, les liens qui unissent depuis un siècle notre Société et les *Annales médico-psychologiques* n'en seront que plus solides.

Là, sera tout autant et toute aussi féconde (si besoin en était), la collaboration harmonieuse qui existera entre Olivier Garand et moi-même, collaboration d'autant plus agréable qu'elle sera basée sur une longue amitié qui associe votre secrétaire général à votre dévoué trésorier-archiviste.

Je félicite mon cher et vieil ami Adrien Borel de son élection à la vice-présidence ; cette honorable table commune nous rappellera celle plus turbulente que nous partagions autrefois à la salle de garde de Sainte-Anne.

Je le prie de prendre place au Bureau.

Allocution de M. J. BONHOMME, président

MES CHERS COLLÈGUES,

Je vous remercie bien vivement de la confiance que vous m'avez témoignée en m'appelant à cette place. Je pense que c'est surtout au privilège de l'âge que je dois cet honneur. Mon émotion est grande en m'asseyant sur ce fauteuil : il y a en effet plus de 45 ans que je fréquente cette salle, où j'ai connu de nombreux et d'éminents prédécesseurs qui dirigeaient vos débats avec la ferme et souriante assistance du vénérable M. RITTI, si accueillant pour les jeunes. Je n'ai nullement la prétention de me comparer à ces maîtres. Mais je ferai de mon mieux pour continuer leur œuvre et conserver, dans la faible mesure où je le pourrai, la vitalité de votre Société, que notre secrétaire général se plaisait à constater dernièrement.

1. — Décès du Dr Georges Vernet

J'ai malheureusement, pour commencer mon rôle, à vous annoncer le décès de deux de nos plus anciens sociétaires :

Le Dr Georges VERNET est mort le 31 décembre dernier à Cuxac-d'Aude. Ayant fait ses études à la Faculté de Paris, il fut l'interne de Ritti et passa sa thèse en 1902, sur « l'assistance des épileptiques ».

Nommé médecin-adjoint des asiles au concours de 1902, il occupa successivement les postes de Blois et de Moulins ; enfin, médecin-directeur

d'aliénés, il fut ensuite nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Bourges, où il resta jusqu'à sa retraite.

Membre correspondant national de notre Société depuis 1904, il collaborait assidûment aux *Annales*, notamment par les comptes rendus d'ouvrages allemands.

Le Dr Vernet était chevalier de la Légion d'honneur.

La Société médico-psychologique adresse ses condoléances les plus vives à sa famille, et notamment à son fils, M. André Vernet, professeur à l'Ecole de Chartres.

2. — Décès du professeur Auguste Ley

Le professeur Auguste LEY est décédé le 11 janvier, à l'âge de 82 ans. Il se destinait à l'enseignement mais fut reçu docteur en médecine en 1897 et nommé agrégé de l'Université libre de Bruxelles en 1904, avec une thèse sur l'arriération mentale.

Ses stages chez Krapelin, puis Binet et Simon, orientèrent toute sa carrière vers l'étude de la psychologie, de la criminologie, et surtout de l'enfance anormale.

Il occupe successivement plusieurs postes en vue ; il fut élu président de la Faculté de médecine de Bruxelles.

Il fonda un grand nombre d'œuvres et d'écoles d'assistance. Comme inspecteur des asiles et colonies du Royaume, il prit une part active à la réorganisation de ces établissements.

Membre associé étranger de notre Société depuis 33 ans, il fut président du congrès des aliénistes et neurologistes de langue française à la session de 1928.

Je ne puis énumérer ici la liste de ses ouvrages, communications et conférences, mais je veux en terminant vous lire quelques phrases d'une lettre adressée à son fils par un juge du tribunal de Bruxelles, qui dépeint l'homme que beaucoup d'entre nous connaissaient car on le voyait souvent à nos séances.

La Société médico-psychologique adresse à sa famille et notamment à son fils, le professeur agrégé Jacques Ley, l'expression de nos regrets et nos condoléances émues.

Communications de M. Paul ABÉLY, secrétaire général

A. — Communication est faite à la Société, réunie en assemblée générale, d'une *importante réunion du Bureau de la Société*, qui vient d'avoir lieu immédiatement avant la séance. Le secrétaire général donne la lecture intégrale du protocole écrit, qui indique l'objet et les propositions de cette réunion :

M. Paul ABÉLY donne connaissance au Bureau des deux lettres qu'il a reçues de M. René Charpentier. L'une, datée du 22 décembre 1955, fut adressée au président sortant ; l'autre, du 1^{er} janvier 1956, au nouveau secrétaire général.

Le Bureau tient tout d'abord à exprimer au Dr René Charpentier les vifs regrets causés par sa démission ainsi que sa profonde reconnaissance. Rédac-

teur en chef et directeur-gérant des *Annales médico-psychologiques* pendant 25 ans, et en particulier pendant la difficile période de l'occupation, M. René Charpentier a su, en effet, donner à cette revue, qui publie le Bulletin de notre Société, un remarquable essor.

Elle est devenue, grâce à lui, de plus en plus répandue et de plus en plus appréciée. La succession de M. R. Charpentier en est d'autant plus lourde.

Au cours de ces dernières années, les trois rédacteurs en chef (MM. RITTI, COLIN et CHARPENTIER) furent ou avaient été secrétaires généraux de notre Société. Ce fut là un usage qui s'est montré particulièrement utile et fécond.

Le Bureau propose donc que le secrétaire général en *exercice* de la Société médico-psychologique succède à M. Charpentier dans les fonctions de rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, ceci conformément d'ailleurs à la suggestion de M. Charpentier lui-même.

Mais aussi il lui apparaît qu'en raison de l'importance toujours croissante de cette revue, de l'extension continue du nombre de ses lecteurs et de ses abonnés, les fonctions de directeur-gérant comportent parallèlement de plus en plus de charges.

C'est pourquoi le Bureau considère que, dorénavant, ces deux fonctions essentielles de directeur-gérant et de rédacteur en chef doivent être séparées.

Il en est d'ailleurs aujourd'hui ainsi pour presque toutes les revues médicales.

Celles de directeur-gérant seront confiées au trésorier en *exercice* de la Société médico-psychologique. L'une et l'autre de ces fonctions prendront fin *nominativement* en même temps que celle du secrétaire général ou du trésorier en *exercice* de notre Société.

En conséquence, le Bureau de la Société médico-psychologique délègue aujourd'hui au D^r Olivier GARAND, trésorier en *exercice*, et au D^r Paul ABÉLY, secrétaire général en *exercice*, les fonctions respectives de directeur-gérant et de rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*. Tous deux acceptent de remplir fidèlement ce mandat.

L'assemblée générale approuve à l'unanimité ces propositions.

B. — Prix à décerner pour l'année 1956.

Les Prix suivants qui n'ont pu être décernés en 1955, en raison de la carence des candidats, sont reportés en 1956.

PRIX RITTI : attribué au meilleur travail sur un sujet de thérapeutique ou de clinique des maladies. Le montant de ce prix a été porté exceptionnellement à 40.000 fr. Il confère le titre de Lauréat de la Société.

PRIX AUBANEL : décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse. Le sujet proposé est le suivant : « Les déficits mentaux précoces chez les alcooliques ». Le montant de ce prix a été porté exceptionnellement à 30.000 fr. Le prix confère le titre de Lauréat de la Société.

PRIX EVENSEN : qui consiste à une bourse de voyage à l'étranger (en Norvège pour 1956), attribué à un jeune psychiatre de nationalité française. Les demandes doivent être adressées avant le mois de novembre au secrétaire général. Pour ce dernier prix, une candidature a bien été reçue, mais trop tardivement. Elle sera cependant retenue pour 1956.

C. — Diplôme des infirmiers des hôpitaux psychiatriques.

Dans sa séance du 28 novembre 1955, la Société avait émis, au sujet de la nouvelle organisation du diplôme des infirmiers des hôpitaux psychiatriques, un vœu qui devait être transmis à M. le ministre de la santé publique.

La direction de l'hygiène sociale au Ministère nous a adressé la réponse suivante :

MONSIEUR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL,

« Par lettre du 5 décembre 1955, vous m'avez transmis un vœu adopté par la Société médico-psychologique dans sa séance du 28 novembre 1955, concernant la modification du programme de l'enseignement professionnel du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques, annexé à l'arrêté du 28 juillet 1955.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître que, au cours de sa séance du 19 décembre 1955, la Commission des maladies mentales a chargé MM. les D^{rs} BARUK, BERNARD, DAUMÉZON, MIGNOT, M. JACQUELIN d'examiner cette affaire et de lui soumettre un rapport à ce sujet.

« Je vous prie d'agréer, Monsieur le secrétaire général, l'assurance de ma considération distinguée. »

Pour le ministre. Pour le directeur de l'hygiène sociale :

L'administrateur civil, chef du 2^e Bureau,

Signé : JEAN.

COMMUNICATIONS**Schizophrénie chez deux jumelles univitellines,
par MM. J. LABOUCARIÉ et P. BARRÈS**

Les observations de psychose gémellaire sont assez rares. Rappelons les cas publiés ici-même en 1937 par Mlle Rcusset et Daumézon ; en 1948 par Delay, Boittelle et Mme Boittelle-Lentulo ; et plus récemment, en 1952, par Boittelle, Mme Boittelle-Lentulo et J. Houcard.

Nous rapportons aujourd'hui l'observation de deux jumelles univitellines ayant présenté presque au même âge un syndrome similaire de schizophrénie hébéphréno-catatonique, dont nous avons pu suivre l'évolution parallèle pendant plusieurs années.

OBSERVATION. — Louise et Madeleine sont des jumelles univitellines, nées un mois avant terme, le 6 août 1924, la mère ayant eu une grossesse et un accouchement normaux.

Au point de vue héréditaire, l'étude de leurs antécédents, jusqu'à leurs arrière-grands-parents, ne permet de découvrir aucune atteinte psychopathique. Par contre, on note l'importance de l'hérédité tuberculeuse : le père

des deux malades meurt de tuberculose pulmonaire à 42 ans, alors qu'elles avaient 10 ans, et leur grand-père paternel était à la fois tuberculeux et alcoolique. Elles ont un frère de trois ans plus âgé qui, notons-le tout de suite, a toujours été en bonne santé et de caractère très différent, sthénique, actif, avec réussite sociale et professionnelle constante. Alors que ce frère possède tous les traits de caractère de la mère, vive, active, exubérante, il semble bien que nos deux jumelles aient hérité du tempérament de leur père, aimant la solitude, méticuleux, très asthénique.

Les premiers stades de leur développement psycho-moteur paraissent normaux et parallèles : elles marchent à 14 mois, prononcent leurs premiers mots vers un an, et parlent normalement vers 3 ans. Il s'agissait d'enfants chétives, présentant plusieurs stigmates de rachitisme, au développement plutôt insuffisant, et selon la mère, « d'un tempérament lymphatique ». Leur caractère, dans ces premières années, était assez uniforme : elles étaient douces, timides, gaies sans exubérance. Mais déjà quelques différences apparaissent : Louissette était volontaire, plus obstinée, Madeleine plus passive.

Réglées au même âge, à 9 ans, et normalement par la suite, leur croissance est régulière jusqu'à 12 ans, où elles atteignent leur taille définitive : 1 m. 55. Leur morphologie, très voisine de celle de leur mère, est de type asthénique, dysplasique, d'aspect infantile très accentué.

Leur scolarité poursuivie sans difficulté jusqu'au certificat d'études, qu'elles passent en même temps, à 12 ans, paraît mettre en valeur leur application, leur effort soutenu et exagérément centré sur leur travail. A 15 ans, elles présentent ensemble le brevet élémentaire ; Louissette est reçue brillamment, mais Madeleine échoue à ce même examen. Jusqu'à 18 ans, elles vivent ensemble dans une intimité totale, très attachées à leur mère comme à leur frère, ayant la vie sociale normale de leur âge, mais avec un comportement dominé par la structure du groupe familial austère, assez étriqué, surtout après la mort du père. Mais, jusqu'alors, on ne peut noter aucune réelle anomalie affective, et en particulier aucune tendance nettement schizoïde.

A partir de 18 ans, les deux sœurs vont vivre séparées.

Louissette est employée des P.T.T. dans une ville éloignée et s'adapte facilement à son nouveau genre de vie. Elle a des relations sociales normales et fréquente même un jeune homme, avec qui elle envisage un moment de se fiancer. Pendant six ans, sa vie se déroule sans incident.

C'est à 24 ans qu'apparaissent les premières difficultés ; elles seront d'abord d'ordre professionnel : Louissette demande une mutation de service, « parce qu'il y avait une mauvaise atmosphère dans le bureau ». A partir de ce moment, on peut retenir des anomalies qui vont insidieusement s'accroître pendant deux ans, et qui en fait traduisent un certain malaise dans ses relations sociales, et une recherche de solitude dans son travail. A 27 ans, elle subit un choc affectif important en découvrant qu'elle est mal notée par ses chefs. Elle interrompt alors son travail, et pendant un an elle va rester chez elle, déprimée, découragée, maussade, revendicante. Elle se complait dans la solitude, réduisant son activité avec le souci de se reposer au maximum, en fait, de plus en plus indifférente à tout, accentuant son autisme, avec des périodes d'anxiété, au cours desquelles elle exprime quelques vagues idées de persécution et des revendications contre ses chefs administratifs. Ainsi, s'est progressivement affirmé un état schizophrénique typique, avec

apragmatisme, stéréotypies d'attitudes et stéréotypies verbales, tandis que le délire reste pauvre et que s'accroît la discordance idéo-affective.

Hospitalisée en mars 1953, à 28 ans 1/2, sa présentation est celle d'un état hébéphrénico-catatonique typique, avec mutisme presque constant, attitudes figées, autisme très pauvre, et d'où n'émergent que quelques vagues interprétations délirantes ; l'anxiété et l'opposition sont accusées. Traitée par une série d'électro-chocs, associés à une cure de Sakel de 53 comas, d'avril à août 1953, la malade présente d'abord une rémission importante, avec reprise du contact affectif, réapparition d'une certaine coquetterie ; elle retrouve ses goûts, ses lectures, se montrant même capable de reprendre certaines activités : si elle n'est pas réintégrée dans son ancien emploi aux P.T.T., elle peut assurer pendant quelques mois les fonctions d'aide-infirmière dans une crèche.

Mais cette rémission ne dure pas ; progressivement, Louisette devient moins active, à nouveau indifférente, retrouvant ses stéréotypies, et en juillet 1955, alors que depuis plusieurs mois déjà les altérations du comportement devenaient de plus en plus importantes, survient un épisode aigu, une crise hallucinatoire anxieuse suivie d'une tentative de suicide par pendaison. Hospitalisée à nouveau le 1^{er} août 1955, elle est traitée par pyrétothérapie associée aux électro-chocs et subit une seconde cure de Sakel. Une nouvelle rémission partielle s'ensuit ; la malade, quoique libérée de toute activité délirante et de toute anxiété, reste fixée à un niveau assez inférieur, sans initiative, demi-catatonique, conservant seulement ses stéréotypies et ce rabâchage sur son besoin de retrouver son ancien emploi aux P.T.T.

Madeleine, que nous avons vu partager l'existence de sa sœur jusqu'à 18 ans, mais qui, aux dires de sa mère, se montrait plus effacée, plus passive, n'était arrivée à aucun des résultats scolaires ou professionnels de sa sœur jumelle. Elle restait très fixée à sa mère, ne recherchant aucune relation sociale, aucune distraction, toute son activité se réduisant à des travaux domestiques. Elle gardait tous les traits d'une arriération affective profonde.

C'est en juillet 1954, à 30 ans, que s'affirment les premières manifestations nettement pathologiques. Elle présente alors un épisode délirant avec tentative de fugue : « Elle se croit menacée par les locataires du voisinage et veut les fuir. » Elle reste ainsi pendant six mois chez elle, au cours desquels s'accroissent les troubles catatoniques avec quelques épisodes oniroïdes : la malade se claustré, refuse de s'alimenter, passant la majeure partie de ses journées debout, immobile, dans sa chambre.

A son arrivée en clinique, en décembre 1954, sa présentation est littéralement symétrique de celle de sa sœur à sa première admission : même absence de contact, même pauvreté des productions délirantes, même aspect figé, mêmes gestes stéréotypés, et surtout, cette singulière attitude de détournement de la tête et du regard qui, chez l'une comme chez l'autre, apparaissait comme le refus de tout contact. La malade est traitée par des séries renouvelées d'électro-chocs et une cure de 50 comas insuliniques. Les résultats thérapeutiques sont médiocres. Le comportement est amélioré, on n'observe ni anxiété, ni propos délirants, mais la présentation reste celle d'une schizophrénie fixée improductive avec attitude catatonique, et persévérance encore très marquée. Cependant, par la suite, la reprise et la continuation de la convulsivothérapie, en séries brèves et répétées, entraînent une notable

amélioration du comportement, permettant, malgré une activité très stéréotypée, la reprise de la vie familiale ; mais l'affectivité reste très superficielle, plus verbalisée que vécue.

En résumé, il s'agit bien chez ces deux jumelles de deux schizophrénies similaires, tant par leur allure clinique à type hétérophrénocatatonique déficitaire, que par leur tendance évolutive chronique et leur quasi-irréductibilité thérapeutique. Quoiqu'apparues à trois ans d'intervalle, ces psychoses schizophréniques sont vraiment superposables. Il est à noter cependant qu'elles n'ont pas éclos dans les mêmes conditions de milieu : Louissette était hors de sa famille et en pleine réussite sociale, elle est frappée la première ; Madeleine a présenté ses premiers troubles sans avoir jamais quitté son milieu familial. On pourrait invoquer pour elle ses échecs au brevet, « ce sentiment d'infériorité » qu'elle aurait dès lors eu, vis-à-vis de sa sœur, mais il est manifeste que le mode de début, dans les deux cas, est avant tout marqué par le caractère insidieux, progressif, et déficitaire des troubles. Retenons les réactions de chacune d'elles à la maladie de l'autre, intéressantes à observer puisqu'il n'y a pas eu superposition chronologique de l'évolution. Pendant la maladie de Louissette, Madeleine était confiante en la guérison de sa sœur, encourageant sa mère, se montrant particulièrement attentive et affectueuse. Quand Madeleine tomba malade, sa sœur, qui, rappelons-le, présentait une rémission thérapeutique, se montrait hostile vis-à-vis de sa mère, s'opposant à ce que celle-ci fasse soigner Madeleine, qu'elle ne voulait pas reconnaître malade, accusant sa mère d'être responsable de tout. Plus tard, enfin, alors que Louissette est à nouveau hospitalisée, Madeleine, elle-même en rémission thérapeutique, espère la guérison de sa sœur, désirant son retour.

Reconnaissons avec Kammerer que ces observations isolées sont beaucoup moins significatives pour l'étude des problèmes de psychopathologie gémellaire que les travaux statistiques conduits en particulier par Rosanoff, Kallmann, Slater et Luxemburger. Toutefois, leur intérêt clinique nous a paru justifier la présentation de ces deux nouveaux cas, qui permettent de retrouver, tout au moins sur le plan clinique, ces caractères, sur lesquels insiste M. Marchand, de démence précoce de forme constitutionnelle à type déficitaire d'allure chronique, irréductible, correspondant selon cet auteur à des formes dégénératives par abiotrophie.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — La communication de MM. Laboucarié et Barrès est d'autant plus intéressante que les exemples de démence précoce, c'est-à-dire de schizophrénie hétérophrénocatatonique, survenant chez deux sœurs jumelles univellines, sont plus rares. Aux cas antérieurs qu'ils viennent de nous citer, j'ajouterai celui d'Arnaud qui, à la Société de psychiatrie, a présenté deux sœurs jumelles chez lesquelles le syndrome mental avait débuté au

même âge, je ne me rappelle pas s'il s'agissait de jumelles univitellines. Salter, qui a étudié ces cas de démence précoce familiale, conclut que si l'un des jumeaux univitellins est dément précoce, il y a 76 % de chance que l'autre le devienne ; par contre, s'il s'agit de bivitellins, la probabilité se réduit à 14 %. J'ai été intéressé par cette forme familiale de démence précoce dès le début de ma carrière. Quand j'étais médecin de l'asile de Blois, j'avais dans mon service le frère et la sœur déments précoces, deux frères déments précoces. Quand j'ai quitté l'asile de Blois pour la maison de Charenton, j'y ai trouvé la sœur des deux frères et trois sœurs démentes précoces ; j'ai pu faire l'examen anatomo-pathologique du cerveau de l'une d'elles. A Sainte-Anne, j'ai suivi pendant plusieurs années le frère et la sœur. Dans les antécédents de ces sujets, les facteurs exogènes font généralement défaut ; la maladie mentale semble se développer sans cause précise comme dans les deux cas qui viennent de nous être présentés. C'est dans cette forme de schizophrénie chronique que les examens anatomo-pathologiques ne décèlent que la lésion de la cellule nerveuse cérébrale sans altération inflammatoire ou vasculaire. La cellule dégénère par tare originelle. C'est pour la distinguer des autres formes de schizophrénie, dans lesquelles les facteurs exogènes jouent un rôle pathogénique important, que je l'ai qualifiée de constitutionnelle. Il me paraît important de préciser cette pathogénie car, quels que soient les traitements, le pronostic est mauvais dans cette forme hérédo-dégénérative.

Tentative de suicide au phénergan, par M. Jean OULÈS, M^{me} P. SALLES et M. R. SOUBRIÉ

Nous rapportons un cas d'intoxication massive au phénergan chez une femme adulte. Le phénergan jouit d'une réputation de bonne tolérance parmi les anti-histaminiques de synthèse. Aux doses thérapeutiques, il ne donne lieu parfois qu'à de petites manifestations d'intolérance, à type d'hypersomnie, de vertiges. Très rarement il a pu entraîner des accidents graves d'ordre hématologique. Au cours de cures prolongées, les incidents neuro-psychiatriques qui ont pu être observés se sont manifestés classiquement comme des états dépressifs.

L'intoxication par doses massives, peu fréquente, a cependant été signalée chez l'enfant, par ingestion accidentelle, et comporte alors au premier plan des phénomènes neurologiques. Ce sont des troubles à type d'hyperexcitabilité diffuse, d'accidents convulsifs d'allure grave ; quelques observations, accompagnées de contrôle anatomique, rapportées par Weengaarden et Seevers, attribuent ces phénomènes à un énorme œdème cérébral. Ces mêmes auteurs ont retrouvé des accidents de même type par intoxication expérimentale chez le singe.

Dans le cas que nous rapportons, les faits consécutifs à une prise de 20 comprimés de phénergan, soit 500 mgr., nous paraissent à rapprocher des observations cliniques et expérimentales de Weengaarden et Seevers (1).

(1) WEENGAARDEN (J. B.) et SEEVERS (M. H.). — Action toxique des antihistaminiques. *J. Am. Med. Ass.*, 3 février 1951, 145, n° 5, 277-282.

OBSERVATION. — Mme G... Lucette, âgée de 30 ans, est entrée en état de coma, le 25 août 1955, à minuit. Selon les dires de la famille, elle s'est endormie trois heures auparavant. On la soupçonne d'avoir absorbé un toxique, mais on ignore la nature de l'intoxication.

La malade ne présente pas de crises convulsives typiques, mais une excitation motrice avec décharges musculaires brusques. Elle se débat à la moindre excitation tactile, sans que l'on puisse provoquer le réveil. Il s'agit d'un coma agité. Tous les réflexes tendineux sont normaux, le cornéen est faible mais présent. Le seul signe neurologique positif est un Babinski bilatéral très net. La tension artérielle est bonne : 12/8 ; le cœur éréthique : 120-130.

Un lavage d'estomac ne nous apporte pas de données. Une injection de 10 cgr. de maxiton n'amène pas le réveil. Nous devons donc nous contenter d'un traitement symptomatique : tonicardiaques, sérum glucosé isotonique 500 cc., sulfate de magnésie intraveineux. La malade se réveille à 4 heures et entre alors dans une phase d'excitation psychomotrice qui s'accroît progressivement dans les heures suivantes.

Dans l'après-midi du lendemain, 26 août, la malade se présente hurlant et se débattant dès qu'on l'approche. Elle refuse tout soin, tout contact, crache tous les liquides que l'on tente de lui faire absorber. Cette agitation furieuse est sous-tendue par un état confuso-onirique anxieux, où la réalité interprétée de façon péjorative n'est pas discernée des phantasmes oniriques. Elle nous racontera par la suite cette période, comme un état de rêve dont elle a gardé le souvenir. « Je pensais, nous dit-elle, que vous vouliez me clouer contre le mur. »

L'état général est grave. La température a monté progressivement et atteint 39°5, la déshydratation s'est installée très rapidement : la langue est sèche et rôtie, les lèvres fuligineuses, les yeux excavés, le cœur est très rapide, battant à 150, et l'auscultation met en évidence des extra-systoles nombreuses. La tension artérielle est à 15/10.

L'examen neurologique, difficile, est négatif. Le Babinski a disparu. L'urée, par contre, n'est pas très élevée : 0 gr. 45.

L'évolution de ce syndrome suraigu s'est révélée favorable et ceci très rapidement. Sous l'influence du traitement installé d'urgence : largactil, 25 mgr. intramusculaire, renouvelés toutes les trois heures ; réhydratation continue, solutions hypertoniques intraveineuses, renouvelées toutes les deux heures, associé à des antibiotiques de prudence et des tonicardiaques.

Le sommeil provoqué au départ par une narcose-starter (25 cgr. de nesdonal intraveineux) s'est maintenu paisible. La température devait descendre progressivement dès les premières heures. Elle était normale le lendemain, soit 36 heures après l'intoxication ; en même temps, le rythme cardiaque se stabilisait et s'apaisait. Un sommeil thérapeutique a été maintenu les jours suivants sans incidents. Dans les moments d'éveil, la malade était calme, présente. C'est alors qu'elle nous a confié la nature de l'intoxication, qu'elle a avoué ses intentions de suicide et les raisons qui les avaient motivées. Mme G..., mère de trois enfants, a absorbé les 20 comprimés de phénergan à la suite de conflits familiaux. Elle était jusqu'alors en pleine santé, aucun antécédent psychopathique. Avant de réaliser son suicide, elle a quitté son foyer en pleine conscience, après avoir pris toutes les dispositions nécessaires au sujet de ses enfants.

Les difficultés familiales ayant été aplanies, la malade est sortie de l'hôpital le 6 septembre 1955, treize jours après son entrée, et n'a présenté par la suite aucun trouble ni aucune séquelle.

Le diagnostic de délire aigu ne nous paraît pas douteux, malgré le taux peu augmenté de l'urée sanguine. Seule l'intervention thérapeutique immédiate nous semble avoir freiné son ascension.

Dans l'étiologie de ce syndrome, on pourrait invoquer les éléments psychogènes de conflit que nous retrouvons dans l'histoire de cette malade, mais le syndrome délire aigu n'est apparu que secondairement à l'intoxication, succédant à une phase comateuse. Elle n'a jamais manifesté aucune bizarrerie de comportement ; elle était, de l'avis de son entourage, parfaitement équilibrée. Son acte a été conscient, volontaire, organisé : elle a prévu le sort ultérieur de ses enfants. Son geste peut être interprété comme une réaction de découragement, d'un caractère compréhensible devant une situation qu'elle jugeait sans issue.

D'autre part, le rôle de l'amphétamine dans l'éclosion de l'excitation psycho-motrice nous paraît négligeable puisque l'excitation motrice précédait toute médication, et qu'une seule injection a été pratiquée à minuit. Or, l'excitation était maximum le lendemain à 15 heures.

Il semble donc que ce syndrome puisse être rapporté à l'intoxication au phénergan. Il semble en rapport, comme dans les observations précédemment rapportées chez l'enfant, avec des phénomènes d'œdème cérébral. La présence du Babinski bilatéral et l'heureux effet des solutions hypertoniques nous le laissent penser.

Nous n'avons pu malheureusement en avoir de preuve absolue, l'examen du fond d'œil étant impossible devant l'état d'agitation et d'opposition de la malade, ainsi que la mesure de la tension du liquide céphalo-rachidien.

Données pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux, par M. Claude VEIL

La présente communication se propose, non pas d'élaborer une théorie du reclassement professionnel, ni même de poser des principes d'action pour l'avenir, mais plus simplement de décrire ce qui existe. En effet, une expérience de plus de deux années nous a montré que nos collègues étaient, dans l'ensemble, peu informés du fonctionnement des institutions à leur service ; la publication d'une sorte de « mode d'emploi » nous a paru indispensable. Nous espérons, ainsi, contribuer à accroître l'efficacité qualitative et quantitative d'organismes déjà très utiles.

Les services de reclassement existants ont été créés dans le but

exprès de replacer des *diminués physiques* dans le *circuit économique normal*. Ceci entraîne deux conséquences importantes. D'une part, les malades, déficients et convalescents mentaux ont été « oubliés » au départ ; c'est seulement secondairement que la marée montante des cas mentaux a forcé peu à peu les portes d'institutions conçues à d'autres fins. D'autre part, reclassement n'est pas synonyme d'ergothérapie. La valeur thérapeutique du travail ne saurait être bien entendu contestée ; tout au contraire. Mais elle ne constitue qu'un pâle argument auprès d'un employeur préoccupé de rentabilité.

L'armement à notre disposition — le squelette réglementaire comme le personnel en fonction — manque encore de maturité. La plupart des institutions existantes ne sont pas techniquement aptes à absorber les « mentaux ». Il est cependant rassurant de constater que l'évolution des esprits est assez rapide pour faire augurer des progrès substantiels.

À l'heure actuelle, il est pratiquement inutile de chercher à obtenir autre chose qu'un « vrai travail » ; les voies officielles permettent seulement d'installer tant bien que mal les candidats dans le lit de Procuste des offres d'emploi concrètes. Tout le processus du reclassement repose sur son étape ultime : le placement. Mis à part quelques cas exceptionnels de placement sur mesure, « à la main », le vêtement offert est de confection. Tout problème de reclassement est un problème de débouchés, et les débouchés ne sont pas plus larges pour les malades que pour n'importe quel travailleur ; ils sont au contraire plutôt plus restreints. À tout poste de travail, en tout recoin du marché, nos sujets entrent en concurrence avec tout autre candidat. On peut bien entendu déplorer l'absence d'une obligation d'emploi, mais c'est une attitude déréelle que d'agir comme si celle-ci existait. Aussi faut-il se garder d'erreurs banales : demander au reclassement un « petit travail », ou un travail à temps partiel. Ou un emploi de vendeur dans une bijouterie de la rue de la Paix.

Tout psychiatre sait que les conditions de vie sont largement aussi importantes que la nature même du travail exercé. Tant que nous ne disposerons pas d'établissements de post-cure en nombre suffisant, il est fâcheux d'adresser au reclassement un candidat démuné à la fois d'argent, de logement et de soutien familial : en admettant que le placement soit possible, le candidat sera probablement obligé de le refuser et échouera dans un établissement d'assistance. Les assistantes sociales du reclassement réussissent parfois à organiser des sauvetages, mais il faut dire que, ce faisant, elles sortent de leurs attributions et assument, en plus d'une tâche déjà très lourde, une fonction pour laquelle elles ne sont pas outillées. On dit « il n'y a qu'à trouver des places nourri-logé » ; malheureusement, de telles places sont très rares en milieu urbain ; ou il s'agit d'emplois domestiques, souvent formellement contre-indiqués.

Le débouché essentiel est constitué par les offres reçues des

employeurs par les bureaux de main-d'œuvre. Le rôle des services de reclassement consiste à présenter des candidats en précisant leurs conditions d'emploi et en substituant aux certificats d'employeurs antécédents (toujours exigés, mais qui manquent, ou présentent des lacunes, ou sont, par définition, inutilisables) une garantie médico-socio-professionnelle. En outre, il existe des services de placement spécialisés ; mais ils reçoivent très peu d'offres et consacrent une grande part de leur activité à en susciter ; ils jouent un rôle de propagande très appréciable, mais restent à la merci du moindre mécontentement des usagers. C'est pourquoi ils redoutent de « se brûler ». Le comital ou l'alcoolique qui font scandale chez l'employeur ferment la porte à leurs camarades. Cet obstacle ne doit pas être sous-estimé ; nous restons cependant persuadé qu'il peut être franchi.

A côté du placement « direct » et afin de le préparer, il existe toute une gamme de solutions : formation professionnelle, rééducation en centres d'externat et d'internat, réadaptation, réentraînement, contrats, travail protégé, etc... Il est à peu près impossible d'en offrir un tableau exact. En effet, l'évolution en est permanente. De plus, les conditions d'admission et de « prise en charge » sont extrêmement variées. Les délais d'entrée sont souvent longs. Il convient de ne pas nourrir trop d'illusions sur les possibilités concrètes offertes à nos malades. Cette constatation serait affligeante si nous n'avions quelques raisons de faire confiance à l'avenir.

Les services de reclassement ne sont pas, disions-nous, des services de post-cure (1). Ils peuvent être légitimement considérés comme des services d'*orientation professionnelle pour adultes*. Leurs décisions entraînent des conséquences financières parfois lourdes. Aussi les décisions y sont-elles prises par un organe collégial, instauré par la loi. Au sein de la commission, l'avis médical n'est pas le seul à s'exprimer. Du point de vue de l'intérêt supérieur de la collectivité, et même du point de vue des candidats, un tel système présente des avantages certains. Des inconvénients aussi. On retrouve ici une structure pré-psychiatrique : aucun psychiatre ne participe aux travaux de la commission. Il est vrai qu'aucun texte n'interdit d'y introduire un psychiatre...

Certaines décisions des commissions paraissent surprenantes à qui en connaît imparfaitement le mécanisme. C'est ainsi que sont très couramment évincés les candidats qui travaillent déjà (même dans un poste ne leur convenant pas), les malades encore en traitement, écartées les demandes de travail à domicile ou de certaines formations archaïques (broderie, cordonnerie par exemple). On doit savoir que les commissions sont tenues de s'incliner devant une politique géné-

(1) Le terme lui-même de post-cure prête à confusion. En effet, il faut distinguer :

- les *dispensaires* de post-cure, tels ceux de l'O.P.H.S. ;
- les *foyers* de post-cure, tel le home de l'Elan ;
- les *centres* de post-cure, tels les établissements divers réservés aux tuberculeux.

rale de l'emploi. Elles ne sauraient, en particulier, s'engager à la légère dans des errements risquant d'accroître indirectement les dépenses d'assistance, par exemple en dirigeant un candidat vers une profession où sévit un chômage important. Mais il reste toujours possible, à condition de s'appuyer sur un dossier parfaitement établi, de faire admettre une exception authentiquement justifiée.

On voit ici apparaître un aspect essentiel de la fonction du psychiatre attaché au service de reclassement. Il présente à la commission un dossier utilisable. Ceci constitue un mode d'exercice assez particulier, d'où le vocabulaire psychiatrique doit être proscrit. La clinique pure, dont le rôle éminemment formateur reste indiscutable, ne joue en fin de compte ici qu'un rôle très partiel, et la connaissance des postes de travail, celle du marché du travail, s'avèrent beaucoup plus importantes.

Le parasitisme mimique sera peut-être bien un signe de schizophrénie ; il constituera sûrement un handicap en face du public, une gêne vis-à-vis des camarades ou du chef ; il sera négligeable chez un chauffeur de chaudière ou un comptable en poste isolé (que l'on ne croit pas néanmoins que la schizophrénie ou le parasitisme mimique doivent entraîner systématiquement une décision de maintien dans l'isolement).

L'on s'attachera tout spécialement à jauger les motivations. Dans une perspective dynamique, celles-ci dominent le tableau et relèguent à l'arrière-plan les éventuelles aptitudes.

Le psychiatre exerce une fonction de plaque tournante. Il est souvent amené à préconiser une tout autre solution qu'une mise au travail professionnel d'emblée. En effet, les candidats qui lui sont présentés par un confrère compétent ne constituent qu'une petite minorité. La plupart sont le fruit du dépistage dans le service même.

Ainsi, sur une série de 88 dossiers consécutifs, 18 seulement concernaient des malades sortant d'un service hospitalier psychiatrique. On remarque que 29 autres avaient eu ou avaient encore affaire à un psychiatre public ou privé. Ce nombre total de 47 (18 + 29) sur 88 constitue encore une surestimation : le dépistage, péchant certainement par défaut pour l'ensemble, ramène un excès de sujets normalisés qui n'ont « contre » eux que d'avoir été par exemple internés trois mois, une fois dans leur vie, dix ans auparavant. Ces chiffres démontreraient, s'il en était besoin, que le problème du reclassement des malades mentaux déborde très largement le problème du devenir à la sortie de l'hôpital.

La position sociologique et morale du psychiatre du reclassement lui permet d'échapper presque totalement à la fonction de médecin-contrôleur. Il lui est loisible de centrer son action sur l'intérêt du candidat. Il peut réclamer sans rencontrer trop d'oppositions le droit

de ne pas tout dire à son administration. Aussi est-il en droit d'attendre de ses confrères de l'extérieur qu'ils ne fardent pas trop le portrait de leurs malades. Il nous souvient d'un névrosé, dûment chapitré par un excellent collègue, qui nous tint un sage discours préparé, puis, à bout de contention, gratifia du récit explosif de ses obsessions sexuelles une employée horrifiée...

L'accès au psychiatre n'est pas direct, et ne saurait l'être. Dans la mesure où l'examen psychiatrique se veut synthétique, il implique un préalable analytique. L'on sait qu'il existe à Paris deux grands services de reclassement ; chacun possède une filière d'accès, dont nous croyons utile de donner le détail.

Les caisses de sécurité sociale de la région parisienne ont confié à la caisse primaire la gestion d'un service (2) réservé aux assurés sociaux bénéficiaires des régimes : invalidité, longue maladie (3), accidents du travail, maladies professionnelles. Les candidats sont en principe adressés par les médecins-conseils des caisses, après vérification de leurs droits administratifs. Ils sont, à la première convocation, d'abord reçus par une secrétaire médicale, puis examinés par un médecin du travail. C'est ce dernier qui juge de l'opportunité d'un examen de spécialiste, et provoque une nouvelle convocation. L'intervention du psycho-technicien n'est pas non plus automatique, mais elle est très souvent nécessaire ; elle implique assez souvent plusieurs examens successifs. Une enquête sociale est systématiquement demandée au service de coordination. Il convient de signaler que chaque dossier est suivi de bout en bout par un agent technique, qui assure l'unité du processus et surveille ou même provoque son déroulement.

L'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre de la 1^{re} circonscription a créé un centre médico-social (4) ouvert aux ressortissants des services de main-d'œuvre de la région parisienne. Ses attributions sont beaucoup plus étendues que celles du service précité. C'est lui qui assure la surveillance médico-sociale des chômeurs, celle des stagiaires de la formation professionnelle des adultes ; la frontière entre ces activités et celle du reclassement des handicapés, très apparente dans le plan administratif, est cependant généralement méconnue par les utilisateurs ; loin de miser sur le meilleur tableau, ces derniers se fourvoient souvent dans une voie plus ingrate ou plus lente. L'ensemble des candidats est adressé en principe par les services administratifs de la main-d'œuvre. Les candidats au reclassement proprement dit sont reçus par une assistante sociale, qui leur donnera leurs rendez-vous ultérieurs et suivra le dossier. L'envoi d'un questionnaire au service social de secteur reste facultatif. A ces réserves près, le processus est analogue à celui qu'observe le service précédemment décrit.

Il est important de savoir que ces filières théoriques admettent des simplifications et des courts-circuits. Nous pensons aller au-devant

(2) 21, rue Octave-Feuillet, Paris, 16^e, TRO. 34-10.

(3) Et maladie de longue durée.

(4) 113, rue Cardinet, Paris, 17^e, CAR. 00-12.

des désirs de nos collègues en les conseillant à ce sujet. Rappelons que tout envoi direct au psychiatre est à déconseiller. De même, la présentation directe du candidat au service. La meilleure formule est de confier le premier contact à une assistante sociale, qui restera ensuite le pivot des liaisons entre le service de reclassement et le médecin-demandeur. Il y a tout intérêt à fournir d'emblée le maximum des données qui seront utiles. Pour ce faire, il y a lieu d'employer les imprimés en usage dans les services, et de les remplir avec conscience. On voudra bien nous pardonner cette minutie fastidieuse, mais d'innombrables frictions et malentendus seraient évités si chacun comprenait mieux ce que l'autre attend de lui. Trop souvent, nous recevons des enquêtes sociales sans renseignements valables sur le soutien par la famille ou sur les possibilités de « prise en charge », des biographies sans indications sur les références professionnelles, des observations médicales inutilisables faute de précisions sur le système locomoteur ou la vision (par exemple) ; l'examen sur pièces se trouve par là-même rendu impossible (remarquons qu'il resterait encore l'examen psychotechnique, tellement spécialisé qu'il peut être notablement facilité mais non totalement remplacé par une transmission de documents).

La situation se trouve compliquée par le fait de certains candidats qui ne se présentent pas aux convocations. Leur dossier est alors classé en archives. Il s'agit parfois d'une réaction légitime contre l'abus des formalités. On peut remarquer que cette intolérance n'est pas de bon augure quant aux futurs contacts avec le milieu de travail. L'on peut supposer aussi qu'il s'agit d'une insuffisance des motivations — ou tout simplement que le candidat a trouvé son pain ailleurs. Il suffit de savoir que tout dossier classé peut être ouvert à nouveau.

L'on peut donner en exemple du fruit d'une étroite coopération les résultats obtenus par la conseillère du travail d'un service hospitalier. Ses candidats entrent dans la filière à un stade très avancé (souvent à son terme même) ; ils sont assez bien présentés pour se passer aisément de l'avocat qu'est pour d'autres le psychiatre du reclassement. Ceci suppose une très longue pratique, une parfaite connaissance des possibilités concrètes, le patient établissement de relations personnelles de confiance réciproque. Il n'est pas recommandé à tout le monde de sauter dans un train en marche, mais l'athlète bien entraîné peut se le permettre ; il y gagne du temps.

Ce problème du temps mérite quelque attention. Le reclassement professionnel n'est pas, et nous pensons qu'il ne sera pas, d'ici longtemps, une mesure d'urgence. La durée des opérations est certainement souvent excessive. Compressible, elle conserve une épaisseur irréductible. C'est sur le point de départ que nous convions nos collègues à agir. Le reclassement professionnel peut théoriquement, et même concrètement, se préparer dès le jour de l'entrée à l'hôpital ; commencé le jour de la sortie il prend figure de tour acrobatique, et trois mois plus tard de défi aux connaissances scientifiques.

Le choix des candidats, d'autre part, doit être fait sur des bases radicalement différentes de celles qui sont généralement adoptées. En règle, l'on adresse au reclassement, en dernier recours, ceux de qui l'on ne sait plus quoi faire. Ceux-là surtout, voire ceux-là seuls. Cette pratique « catastrophique » se montre particulièrement stérilisante ; elle renforce et justifie nombre de préjugés. Il convient, au contraire, de faire entraîner ces sujets déshérités par un flot de cas plus faciles (5).

Nous avons fait état, au cours de notre exposé, d'une part des difficultés que rencontre le placement officiel, d'autre part de la spécificité de la technique médicale du reclassement. « Inapte au placement », conclut la commission ; cela ne signifie pas « inapte à tout travail ». Il existe une possibilité intéressante, peu connue de nos collègues, qui consiste à demander une « expertise de reclassement ». La recherche du placement incombe alors au demandeur, mais celui-ci peut mettre en œuvre ses moyens propres (notamment ses relations locales) en fonction d'une orientation professionnelle précise. On évite ainsi, dans une large mesure, et certaines fausses manœuvres, et le désastre d'une réponse négative.

Sommes-nous fondé à prédire la réduction progressive de la proportion de réponses négatives ? Deux obstacles doivent être franchis. D'une part, la pénurie de moyens ; dès que le réseau d'institutions ouvertes aux malades mentaux aura rattrapé l'avance prise par les autres handicapés, les organismes responsables de l'orientation et de la prise en charge l'utiliseront et le soutiendront. D'autre part, les résistances conscientes et inconscientes à l'égard des malades mentaux ; les psychiatres doivent intervenir comme éducateurs (il n'est pas absurde d'avancer que, dans de nombreuses situations, le psychiatre est plus utile qu'au moment de l'examen clinique en tête-à-tête avec le candidat ; en tout cas, il a beaucoup plus à faire que se contenter d'examiner les candidats). A ces résistances correspondent d'ailleurs symétriquement des attitudes réactionnelles de la part des utilisateurs ; nos collègues auront, nous en sommes persuadé, à cœur de nous aider à réduire les difficultés de cet ordre. Qu'ils se gardent de se désintéresser d'organismes qui, de plus en plus, tiennent compte de leurs besoins. Même sans insister sur les facilités qui peu à peu nous sont accordées dans l'accomplissement de notre tâche personnelle, nous voudrions citer un fait qui a valeur de signe : rares sont toujours les auditeurs qui s'astreignent à suivre un congrès de bout en bout ; or, lors des récentes Journées pour la santé mentale, l'un des plus assidus appartenait à un Service de reclassement, dont il est le directeur administratif.

(5) On fera toutefois une exception à l'égard des cas « facilissimes ». Tel ce mécanicien très hautement qualifié, à peine diminué, qui a prouvé par un auto-placement très rapide que notre intervention était inutile.

COMPLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

- *Le Concours médical*, Documentation médicale permanente, 18 juin 1955 : « Rééducation, réadaptation et placement des handicapés ».
- *Journées de Médecine préventive et sociale*, Vichy, septembre 1955 : « Dépistage des affections mentales dans un service de main-d'œuvre » (communication personnelle).
- *Journées pour la Santé mentale*, Paris, novembre 1955 : « La reprise du travail » (rapport personnel).

DISCUSSION

M. P. SIVADON. — Le problème soulevé par M. Veil est pour nous tous, praticiens de ville aussi bien que médecins hospitaliers, d'une particulière importance, et nous devons le remercier des précisions qu'il nous apporte.

Il est exact que Paris est parfois, sur ce point comme sur d'autres, en retard sur la province. Des structures administratives plus rigides s'opposent à la pénétration des notions concernant la capacité professionnelle de nos malades. Si embryonnaires soient-ils, les services parisiens de reclassement rendent déjà des services. Mais il est bien certain que rien de très efficace ne pourra être fait tant que n'existeront pas des centres de formation professionnelle pour déficients mentaux et surtout des « ateliers protégés », offrant à nos malades des conditions de travail privilégiées.

M. J. OULÈS. — Il est important, surtout dans le cas de malades en psychothérapie, assurés sociaux en longue maladie, d'amener les employeurs à prendre position, dès la période de maladie, sur le réembauchage du malade. Souvent en effet une équivoque, que personne ne cherche à dissiper, persiste jusqu'à la mise en invalidité, l'employeur refusant alors de reprendre le malade.

M. L. ANGLADE. — En province, un psychiatre siège dans les commissions des « diminués physiques » et la commission accepte que des diminués « mentaux » lui soient présentés.

La présence d'un psychiatre dans ces commissions est recommandée par les textes de l'arrêté et il est invraisemblable que le département de la Seine n'ait pas cru utile de nommer des psychiatres dans ces commissions.

M. E. MINKOWSKI. — Je voudrais demander à M. Veil depuis combien de temps fonctionnent les services de reclassement dont il nous a parlé, et également d'indiquer, si possible, quelques résultats obtenus, plus particulièrement pour les malades mentaux.

Le mouvement « alcooliques anonymes », structure et dynamique, essai d'adaptation aux malades en cure de désintoxication, par M. P. BENSOUSSAN et Mme E.-M. VILLIAUMEY.

Au cours d'un voyage récent aux Etats-Unis que vient de faire l'un de nous aux fins d'y étudier la lutte anti-alcoolique, nous nous sommes spécialement intéressés au groupement des « alcooliques anonymes ». Les résultats obtenus nous ont semblé si encourageants que, sans vouloir un instant nous leurrer sur les différences profondes existant entre

l'alcoolisme dans ce pays et l'alcoolisme dans le nôtre, nous avons jugé intéressant et utile d'en tenter l'adaptation aux très nombreux malades que nous essayons de désintoxiquer.

Nous savons que beaucoup de nos collègues connaissent déjà, au moins de nom, le groupement alcooliques anonymes, mais nous pensons cependant utile d'en rappeler d'abord brièvement l'histoire, la structure et la signification.

Nous ferons d'ailleurs pour cela un large emprunt aux divers documents que nous avons pu recueillir sur place, soit au cours de la fréquentation des groupes d'alcooliques anonymes, soit au cours des entretiens que nous avons eus avec les fondateurs et les dirigeants de ce mouvement que nous tenons à remercier très chaleureusement de leur accueil.

Les alcooliques anonymes forment une association ou, plus exactement, un groupe d'associations d'hommes et de femmes qui mettent en commun leurs expériences, leurs forces et leurs espoirs, afin de trouver une solution à leur problème commun et d'aider à la guérison d'autres alcooliques. On ne demande qu'une seule chose à ceux qui désirent faire partie des alcooliques anonymes, c'est un désir sincère de renoncer à la boisson.

C'est un boursier et un médecin qui se réunirent d'abord et décidèrent de mettre en commun leurs difficultés pour essayer de mieux les surmonter. Tous deux étaient alors de grands alcooliques invétérés. Ils avaient suivi sans succès durable un grand nombre de traitements médicaux et étaient généralement considérés par les spécialistes comme des cas absolument désespérés. Ils avaient en outre atteint l'un et l'autre le fond de la déchéance sociale. Mais ils découvrirent rapidement que de leur union naissait une force nouvelle contre la tentation de boire. Après des débuts laborieux, un grand nombre d'alcooliques finirent par se grouper autour d'eux et, dès avant la guerre, le mouvement alcooliques anonymes revêtait, sinon sa forme définitive, du moins un aspect qu'il a conservé aujourd'hui dans ses grandes lignes.

Le principe le plus apparent de l'association est de réunir les alcooliques dans des petits groupes locaux. Ces petits groupes ont une autonomie considérable et se gèrent entièrement eux-mêmes. Ils sont d'ailleurs en perpétuel remaniement et les alcooliques anonymes insistent beaucoup sur le grand intérêt de cette structure mouvante mais dynamique.

Les groupes ont généralement à leur disposition un local, confortablement aménagé dans la plupart des cas, et dont l'entretien est assuré par les dons bénévoles de chacun, sans qu'il existe aucune obligation formelle de cotisation. Il est cependant admis, en pratique, que chacun essaie de contribuer à l'entretien et aux ressources du groupe, proportionnellement à ses moyens. Pour les uns, cela peut être par une contribution pécuniaire ; pour d'autres, cela peut être par le temps qu'ils passent à l'aménagement des locaux, à y assurer une per-

manence ou à remplir les fonctions bénévoles indispensables d'organisateur ou de secrétaire. Ces différentes fonctions ne sont d'ailleurs jamais considérées comme des postes d'autorité donnant des droits particuliers, mais uniquement comme apportant à leurs titulaires des devoirs supplémentaires au service de la collectivité. Le fonctionnement du groupe est extrêmement souple. Il n'y a pas, en fait, d'adhésion formelle. Chaque membre vient quand il le désire. C'est après avoir assisté à plusieurs réunions qu'il peut savoir si, oui ou non, il est sincèrement disposé à renoncer à l'alcool. Cette détermination est tout ce qu'on lui demande. Il n'est fait sur lui aucun effort de propagande ou de coercition pour lui demander de continuer d'assister aux réunions du groupe. En général, les réunions se tiennent une ou deux fois par semaine. Le président de la réunion ouvre et clôt la séance, et présente les différents orateurs qui viennent exposer, avec beaucoup de franchise, leur expérience personnelle en ce qui concerne l'alcool. Le public intervient largement, soit pour demander des explications, soit pour exposer des points de vue ou des expériences individuelles. On essaie, chaque fois que faire se peut, de faire parler des gens qui, par leurs origines ou leur formation, peuvent présenter des formes différentes d'alcoolisme. La plupart des réunions se terminent d'une manière peu formelle et très cordiale par une collation ou par la prise de café, de rafraîchissements divers. Les gens qui assistent aux réunions du groupe sont eux-mêmes des alcooliques ou anciens alcooliques, mais il est aussi très fréquent de voir des familles d'alcooliques qui viennent essayer de mieux comprendre les problèmes de leur intoxiqué. On y rencontre aussi des médecins, des industriels qui cherchent à comprendre les problèmes de certains de leurs employés, ou des éducateurs, etc...

Ce serait mal comprendre la remarquable efficacité des alcooliques anonymes que de se limiter à l'étude de leurs activités de groupe. Si le groupe, une ou deux fois par semaine, réunit les alcooliques anonymes dans un sentiment de fraternité et d'identification qui leur est précieux, il convient d'insister sur l'extraordinaire entr'aide qui se manifeste entre les membres du groupe.

Dans de nombreux cas, nous avons pu nous-mêmes constater des exemples de dévouement tout à fait remarquables et qui sont certainement d'une grande valeur psychothérapique pour l'alcoolique anonyme qui donne son soutien aussi bien que pour celui qui le reçoit.

Les alcooliques anonymes partent d'ailleurs de ce principe : personne ne peut mieux connaître qu'un alcoolique les soins et le genre de contact affectif dont peut avoir besoin un autre alcoolique en période de crise.

Leur action s'appuie sur un certain nombre de préceptes ou de véritables recettes qui se sont peu à peu dégagés de l'expérience des divers groupes et qui ont été rassemblés et codifiés dans de nombreuses publications. C'est ainsi que des références constantes sont

faites dans les réunions aux « douze étapes », ou aux « douze traditions », ou au « grand livre », etc...

Ces publications sont largement diffusées par un organisme central qui s'occupe des questions d'administration et de publicité tout en laissant la plus grande autonomie aux groupes locaux.

Nous pensons que les fonctions d'un tel groupe vis-à-vis de l'individu sont multiples. Chacun y retrouve en effet ce qu'il désirerait être et qui est personnifié par les principes de sobriété dont s'inspire la morale collective. En se fondant dans la collectivité, l'individu reçoit ainsi une part importante de la force globale qui lui fait individuellement défaut. Du fils révolté il devient à son tour le père serein et tout-puissant. D'autre part, le groupe subvient largement à ses besoins oraux profonds. S'il lui retire l'alcool vécu comme « mauvais objet destructeur », il lui substitue la fraternité du groupe, dont l'individu profite et qu'il incorpore avidement. Dans toutes les activités d'aide et de soutien matériel ou moral, le groupe se comporte comme une « bonne mère » au sein toujours prêt et généreux. La reconnaissance par l'individu de son impuissance et le recours à une instance ou à un pouvoir supérieur l'amène vis-à-vis du groupe à un stade de dépendance heureuse et sans problèmes angoissants. Il est évident que, pour nombre d'individus incapables d'atteindre d'eux-mêmes une liberté adulte sans angoisse, cette régression constitue en définitive un mode de vie acceptable et leur permet d'accepter la suppression du toxique.

Pour d'autres, elle n'est qu'un stade nécessaire mais transitoire et aboutit en définitive à un heureux renforcement de la personnalité. Mais, dans tous les cas, les alcooliques anonymes insistent sur le fait que, même sobres, ils restent des alcooliques en raison de leur intolérance spéciale et leurs efforts tendent à l'abstinence totale et définitive.

Nous nous sommes inspirés de ces principes pour tenter d'instaurer une méthode de psychothérapie en service libre. Par la force des choses ce service, qui était à l'origine un service de psychiatrie générale était devenu, en raison du nombre croissant des admissions pour cures de désintoxication, un service presque entièrement composé d'alcooliques. La plupart de ceux-ci venaient « volontairement » s'y faire désintoxiquer. En fait, ces cures volontaires n'en avaient bien souvent que l'apparence. La plupart des malades n'y venaient non tant de leur propre chef que poussés par des raisons familiales, professionnelles ou judiciaires. Dans cette perspective, la cure était vécue, non pas comme un renoncement sincère et profond aux habitudes alcooliques, mais comme un simulacre superficiel dont il convenait de se débarrasser le plus rapidement et avec le moins de sacrifice possible. Malgré un service de post-cure bien organisé, la grande majorité des malades étaient très rapidement perdus de vue et ce n'est qu'à l'occasion de rechutes que l'on pouvait mesurer combien l'action de la cure restait éphémère et transitoire.

- Un certain nombre de difficultés semblait s'opposer tout d'abord à la mise en place d'un groupe psychothérapique inspiré de la structure des alcooliques anonymes. La plupart de nos buveurs étaient des buveurs d'entraînement et d'habitudes et un faible pourcentage d'entre eux semblait rentrer dans la catégorie des alcoomanes vrais. D'autre part, ils n'envisageaient pas, ni de près, ni de loin, un renoncement total et définitif que l'expérience montre pourtant être le seul remède efficace contre les rechutes. La structure interne du service n'était pas non plus extrêmement favorable à la mise en place d'un tel groupe.

Sans ignorer toutes ces difficultés majeures, et bien d'autres qui devaient se présenter par la suite, nous avons cependant décidé de tenter l'expérience sans nous enfermer *à priori* dans une structure rigide et préformée. Nous avons notamment essayé, en évitant une démarcation trop étroite, de ne pas rencontrer immédiatement les obstacles tenant aux différences très profondes entre les habitudes alcooliques aux U.S.A. et dans notre pays, et plus généralement aux différences de structure entre les deux Sociétés. Nous pensions en effet que cet essai aurait certainement été voué à l'échec si nous avions étroitement essayé de transposer immédiatement l'organisation habituelle des groupes alcooliques anonymes.

Dans un premier stade, nous avons voulu « tâter notre groupe ». Pour cela, nous avons d'abord réuni tous nos alcooliques pour des conversations libres, où nous leur expliquions très simplement les raisons des traitements et des examens qu'ils subissaient. Dès qu'elles ont été lancées, nous nous sommes efforcés d'y susciter une participation sans cesse plus active des malades. Non seulement nous leur avons demandé de poser à ces réunions communes les questions qu'ils avaient l'habitude de venir nous poser individuellement mais nous nous sommes également attachés à amener chacun à faire le récit public de ses expériences et de ses difficultés personnelles.

Au bout de quelques séances, nos malades ont demandé d'eux-mêmes à continuer à assister à ces réunions, une fois leur cure terminée. Nous avons donc changé les horaires primitifs et nous avons réuni les malades à des heures non ouvrables pour permettre aux anciens de revenir et de discuter des difficultés qu'ils avaient trouvées après leur sortie et dans leur réinsertion familiale ou professionnelle.

Jusque-là, ces réunions étaient en apparence extrêmement différentes des réunions d'alcooliques anonymes. Les lignes de force convergeaient toutes sur la personne du médecin ou de ses aides et il fallait une grande vigilance pour empêcher qu'elles ne dégénèrent en une suite de dialogues singuliers, absolument imperméables aux autres et sans participation collective véritable. Nous avons alors pensé qu'il était temps de donner au groupe une plus grande autonomie. Nous avons eu la chance de pouvoir nous assurer la très précieuse collaboration de deux anciens alcooliques qui suivaient depuis plusieurs mois les réunions du groupe d'alcooliques anonymes de langue anglaise se

réunissant hebdomadairement à Paris. De ces deux sujets, l'un avait subi avant son entrée au groupe d'alcooliques anonymes plusieurs cures de désintoxication, dont une dans un service assez analogue quoique sous le régime de la loi du 30 juin 1838. Quant au second, il avait, par une heureuse coïncidence, été préalablement désintoxiqué dans le service même où nous menions notre expérience. Ces deux hommes acceptèrent de venir assister à toutes les réunions de notre groupe.

Grâce à leurs expériences et à leurs connaissances des alcooliques anonymes, il leur fut rapidement possible d'organiser le groupe hospitalier selon les perspectives analogues. Au bout de quelques semaines, on peut dire que le stade initial était dépassé. Les réunions du groupe d'alcooliques anonymes se tenaient une fois par semaine, à partir de 20 heures ; les malades en cours de désintoxication étaient invités à y assister mais toute liberté leur était laissée d'y venir ou pas et naturellement aucun pointage n'était fait de leur assiduité. Un certain nombre d'anciens malades qui avaient été incorporés au groupe pendant leur cure revenaient régulièrement assister aux réunions. D'autres alcooliques qui n'avaient pas été désintoxiqués dans le service venaient aussi y participer. Un local avait été affecté à ces réunions et nous avons pu obtenir qu'il soit mis à la disposition du groupe un soir par semaine sans aucun contrôle des entrées et des sorties. Nous avons également obtenu que les malades y soient laissés pendant les réunions à leur complète initiative sans aucune surveillance, si discrète soit-elle. Ce détail soulève un point capital. Il est certain que de telles réunions sont tout à fait opposées à la tradition et aux règlements de la plupart des services psychiatriques. Même dans un service fonctionnant en principe en « service ouvert », il est de règle, dans la plupart des cas, qu'une surveillance continue s'exerce. A plus forte raison dans un service qui n'était pas complètement consacré aux malades alcooliques et qui comportait un certain nombre de psychopathes et de névropathes des types les plus variés.

Nous ne devons pas oublier non plus que la plupart des membres du personnel actuellement affecté à ce service avaient pendant longtemps contracté les habitudes et les réflexes d'un service de surveillance continue destiné aux admissions d'urgence des malades agités. Pour toutes ces raisons, et pour bien d'autres encore, souvent très personnelles, il ne leur était pas toujours facile de souscrire profondément à la transformation des attitudes et des relations personnel-malades que notre groupe impliquait. D'autres éléments du personnel de formation plus récente étaient au contraire profondément intéressés par nos techniques mais comprenaient parfois mal que nous soyons obligés de les tenir à l'écart de ces réunions afin que les malades puissent se sentir réellement en totale liberté. Ceci posait également des questions pour les médecins qui s'intéressaient à ce groupe.

Dès le stade de lancement dépassé, il était en effet nécessaire de laisser au groupe une autonomie réelle et pas seulement d'apparence,

c'est-à-dire d'abdiquer tout paternalisme à son égard et notamment tout désir plus ou moins conscient d'en assurer la direction et de le maintenir en tutelle. Cela n'était possible qu'au moyen d'une analyse critique des positions contre-transférentielles médecins-groupe.

Les rapports médecins-alcooliques anonymes dans leur forme habituelle impliquent en effet pour le médecin la prise de conscience de son impuissance relative vis-à-vis de tout un secteur du traitement des alcooliques. La fréquentation d'autres groupes d'alcooliques anonymes avec identification aux participants était certainement le meilleur moyen d'arriver à une liquidation rapide de ces positions contre-transférentielles, et c'est celui qui a été utilisé.

Actuellement, le groupe de langue française dont nous venons de vous décrire les étapes de formation fonctionne régulièrement depuis plusieurs mois et les relations d'entraide commencent à se développer favorablement parmi ses participants. Pendant cette période, il ne nous est pas apparu qu'il y ait des différences substantielles entre la structure qu'il avait acquise et celles des autres groupes d'alcooliques anonymes. Il existe, certes, un nombre important de modifications de détails, mais il est d'une part permis de dire que le groupe est loin d'avoir revêtu une forme définitive et que sa structure est essentiellement mouvante et, d'autre part, l'analyse de ces différences les montre infiniment moins profondes qu'on ne pourrait superficiellement le croire. D'une manière très résumée, on peut dire que les principes sur lesquels repose le fonctionnement du groupe sont effectivement les suivants :

reconnaissance par chaque malade du fait qu'il est alcoolique (nous avons pratiquement supprimé les autres étiquettes nosologiques ambiguës telles que : éthylique, etc., car nous croyons que la prise de conscience est le pas le plus important pour accéder à l'efficacité) ;

analyse personnelle et libre discussion de chaque cas au cours des réunions collectives ;

révision des relations inter-personnelles avec notamment abandon des positions agressives, abdication des prétentions et des désirs irrationnels de domination des gens et des événements ;

acceptation de la notion d'impuissance individuelle devant l'alcool et de la nécessité de recourir à une instance supérieure, celle-ci pouvant être laissée dans sa définition au libre choix de chacun. En fait, pratiquement, c'est le groupe qui joue le rôle de cette instance supérieure en personnalisant à la fois « l'idéal du moi » et « le super-égo » ;

position dynamique de travail et d'aide à d'autres alcooliques.

Si on compare ces principes au texte de base des alcooliques anonymes, et notamment aux « douze étapes vers la guérison », on s'aperçoit qu'ils sont très sensiblement analogues, sinon dans leurs manifestations extérieures, du moins dans leur signification profonde.

L'idée d'adjoindre aux cures de désintoxication une psychothéra-

pie, qu'elle soit individuelle ou collective, n'est certainement pas nouvelle, et nous tenons à rendre hommage aux très belles réalisations qu'elle a antérieurement inspirées. De nombreuses organisations existent déjà, qui fonctionnent favorablement et, comme le soulignait A. Requet (*Presse médicale* du 17-11-1951), « tout le jeu consiste à faire passer l'éthylique de son groupe de buveurs à un groupe qui ne boit plus ». Si cependant nous avons cru intéressant d'essayer d'acclimater dans un service français une expérience originale comme celle des alcooliques anonymes, c'est que nous pensons qu'elle peut se révéler particulièrement fructueuse dans ses résultats et bien adaptée à davantage de malades que les simples données cliniques ne permettent de le prévoir.

Pour conclure, nous voudrions souligner à nouveau que nous n'ignorons rien de son caractère encore limité, incomplet, et parcellaire. Nous ne nous dissimulons pas non plus ses insuffisances comme l'aspect provisoire de ses résultats. Nous ignorons en définitive si l'avenir nous permettra de la dire positive ou négative. Si son succès se confirme, nous ne penserons pas pour autant avoir résolu en quoi que ce soit les problèmes si complexes de l'alcoolisme. Dans une approche qui doit être multidimensionnelle, nous avons simplement essayé d'adapter une technique qui a fait ailleurs suffisamment de preuves de son efficacité pour que nous n'ayons pas voulu la rejeter ou la condamner *à priori*.

Nous pensons enfin que nous pouvons adopter les conclusions que présentait sur ce sujet à l'American-psychiatric Association le Dr Foster Kennedy : « Notre profession doit faire l'effort de connaître la grande valeur thérapeutique de semblables institutions. Si nous nous refusions à le faire, nous serions coupables de stérilité émotionnelle et nous aurions perdu cette foi qui peut remuer les montagnes et sans laquelle la médecine n'a que peu de puissance. »

DISCUSSION

M. G. DAUMÉZON. — Il faut remercier M. Bensoussan de ses essais et de bien vouloir nous en tenir informés. J'ai vu, au cours d'un voyage en Scandinavie, des organisations d'alcooliques anonymes ; il m'a paru nécessaire, pour les implanter dans chaque pays, qu'elles subissent une adaptation, une organisation propice.

Sans aucun doute, nous sommes en présence d'initiatives utilisables, mais non d'une « thérapeutique ». Les alcooliques anonymes abordent le problème de la toxicomanie alcoolique, non dans un esprit scientifique, mais avec des attitudes de suggestion collective, dont ils n'ont nullement analysé le contenu, les implications et la signification. Ami de propositions telles que : « Je sais que je suis un alcoolique et que les médecins ne peuvent rien pour moi ; seule l'aide d'une instance supérieure peut me permettre de surmonter mon penchant », ce n'est pas par hasard que M. Bensoussan rapporte une affirmation mystifiée de Foster-Kennedy : la démarche du médecin n'a rien à voir avec la « foi ».

Souhaitons donc que les alcooliques anonymes se développent en France, qu'ils soient suivis de près par des médecins avertis et que soient exacte-

ment précisées les indications et contre-indications de la participation d'un malade à un groupe d'alcooliques anonymes. Cette participation est une de ces nombreuses situations sociales à effet psychothérapique dont nous usons chaque jour, elle n'est pas une technique psychothérapique.

L'intoxication par les « trilons » peut-elle provoquer des troubles psychiques ?, par MM. LÉCULIER, M.-Th. et H. HEYWARD.

On sait que les trilons sont des poisons anti-cholinestérasiques découverts par les Allemands en 1942 et dénommés « nervengaz ». Certains de ces dérivés organophosphoriques sont actuellement employés de plus en plus fréquemment comme insecticides agricoles.

Les observations d'intoxication par trilons concernent toutes des troubles aigus, parfois mortels, et affirment l'absence de séquelles ultérieures.

Il nous semble donc intéressant de soumettre à l'avis de nos collègues les deux observations suivantes, qui attirent l'attention sur la possibilité de troubles psychiques séquellaires d'une telle intoxication.

OBSERVATION 1. — Roger L..., âgé de 24 ans, arboriculteur, est hospitalisé dans le service du Dr Léculier depuis le 25 novembre 1952. Le certificat de 24 heures constate :

« Présente une bouffée délirante polymorphe avec hallucinations auditives, excitation, turbulence nocturne, idées de grandeur avec projets pseudo-scientifiques. Fond d'arriération affective. Le placement est justifié. »

Dr LÉCULIER.

Il s'agit d'un jeune homme à l'aspect dégénératif, ayant présenté des signes de fragilité nerveuse antérieure, dont des « crises de nerfs » à l'âge de 15 ans. Habituellement timide et renfermé, il avait depuis longtemps des préoccupations mystico-scientifiques.

Un an environ avant son internement, il présentait une réactivité accrue avec irritabilité. Les premières hallucinations auditives datent de septembre 1952, donc deux mois avant son internement.

La famille signale que le malade avait pulvérisé des insecticides quelques mois auparavant, et qu'un de ses frères avait présenté une intoxication avec azotémie élevée à la suite de pulvérisations analogues.

A la quinzaine on note :

« Est atteint de bouffée délirante polymorphe avec hallucinations auditives et idées de grandeur. Fond d'arriération affective. Urée sanguine = 0,72. Possibilité d'intoxication professionnelle par les produits toxiques employés dans son métier d'arboriculteur. Comportement plus calme qu'à l'entrée. Le placement demeure justifié. »

Dr LÉCULIER.

A la suite de quelques électro-narcoses, l'agitation s'atténue, le taux d'urée sanguine tombe à 0,25 ‰ et le malade sort le 11-4-1953.

Parmi les insecticides employés par ce malade, se trouvent des arséniates de plomb, de la nicotine, du D.D.T., de l'H.C.H., du soufre libre, du « rhodiatox » et du « phosphémol ». Ces deux derniers produits sont des trilons.

OBSERVATION 2. — Charles B..., âgé de 54 ans, est un homme solide, très musclé et vigoureux, qui fut expertisé à la suite d'attaques calomnieuses qu'il avait dirigées contre son avocat.

Il s'agit d'un cultivateur houblonnier très actif, fort estimé de ses voisins, affable, serviable, mais très susceptible et vivement conscient de l'insuffisance de son instruction, qu'il compensa par des essais d'autodidactisme.

Il fut victime en 1952 d'un commerçant en machines agricoles peu scrupuleux. Il assigne ce commerçant au civil et au pénal, gagne le procès civil mais voit son adversaire relaxé au pénal.

Malgré les dommages-intérêts importants qui lui furent accordés, il accuse son avocat de trahison, se plaint au conseil de l'Ordre, au garde des sceaux, aux procureurs, multiplie les réclamations, s'adresse au président de la République, étend progressivement l'ampleur de ses griefs, multiplie les complices présumés de son adversaire, soupçonne successivement procureur général, parquet, conseil de l'Ordre, garde des sceaux, les journaux, la ville entière, un mystérieux « X » termine chaque plainte par des menaces d'appel à une autorité supérieure, à l'opinion publique, de recours au duel, et grandit progressivement son rôle de justicier parallèlement à l'accroissement du scandale qu'il prévoit. Une enquête minutieuse du conseil de l'Ordre permet de réfuter toutes les accusations qu'il porte contre son avocat.

C'est dans ces conditions qu'une expertise fut demandée, et effectuée par les D^s Mignardot et Flot, permit de conclure à l'existence, chez le malade, d'un délire passionnel de revendication.

Nous n'insisterons pas sur le délire qui offre les caractères classiques d'extension en secteur, de postulat initial, de multiplication progressive des persécuteurs, d'échafaudages interprétatifs polarisés, d'induction de l'entourage, ...mais il nous semble intéressant de décrire l'état passionnel que présente le malade.

Son hypersthénie est considérable. Il a accumulé plusieurs kilos de lettres, de plaintes, de dossiers soigneusement calligraphiés, la nuit venue, après ses journées de travail physiquement épuisant. Par ailleurs, cette graphorrhée est franchement hyperbolique, emphatique, outrancière, souvent injurieuse. Cette sthénie imprègne le contact affectif : il mime les interlocuteurs qu'il évoque, donne les répliques textuelles que lui fournit son hypermnésie et met une vigueur et un acharnement marqués à convaincre par le raisonnement et l'insistance. Tour à tour catégorique doctrinal, condescendant, confidentiel, outragé, menaçant, soupçonneux ou suppliant, il adapte parfaitement son attitude, à la fois aux sujets qu'il expose et à ses interlocuteurs, avec une véhémence infatigable.

Notons qu'il ne s'agit nullement d'une sthénie maniaque, qu'il ne présente aucun élément ludique, aucune fuite des idées, aucune expansivité vraie, soucieux qu'il est d'imposer sa seule opinion et non sa personne.

Sa sthénie est, en effet, tendue par une hyperthymie dysphorique de nature passionnelle. Le malade est sous l'emprise d'une colère intense et soutenue

qui s'exacerbe à l'évocation de ses dols, alimente son besoin de vengeance et polarise son activité comme son délire.

Enfin, il est important de signaler son hyperesthésie orgueilleuse, sa susceptibilité, sa sensibilité aux événements et à l'opinion d'autrui, sa réactivité vive.

Au point de vue somatique, il présente des symptômes qui font penser à une intoxication subaiguë. On note, en particulier, son insomnie, une conjonctivite avec enchihrénement, des céphalées, un myosis, une tension artérielle à 19,5/11, qui s'est abaissée à 17/10 en quelques jours. On note surtout une diffusion curieuse des réflexes tendineux : la percussion patellaire entraîne la contraction en éclair des peaussiers, des paupières, des commissures labiales, de la houppe du menton. Cette diffusion, qui ne s'atténue aucunement par la répétition des percussions rotuliennes ou achilléennes, ni par les manœuvres de distraction, devinrent nettement moins marquées à la suite d'une semaine d'observation.

Le malade signale qu'il emploie régulièrement, depuis 1952, des insecticides dits « organo-phosphoriques » ou trilons, qu'il les pulvérise en hauteur sur le houblon, l'insecticide retombant sur lui en pluie, qu'il ne prenait aucune des précautions légalement obligatoires tels que le port d'un masque, et que lors d'une pulvérisation de « rhodiatox » il fut victime d'une lipothymie vertigineuse passagère.

Nous signalons que les symptômes énumérés ci-dessus sont bien ceux d'une intoxication par trilons, que la dernière application d'insecticides eut lieu environ un mois avant l'examen, et que le malade les employait deux fois par an depuis trois ans, c'est-à-dire peu avant le début de son activité processive.

L'examen biologique se heurte à des difficultés fort regrettables. Un premier échantillon de sang fut adressé à un laboratoire parisien, mais le récipient se brisa en route et le dosage de la cholinestérase sérique ne peut être effectué que plus de deux mois après l'intoxication. A cette date, son taux était normal. Un dosage de la cholinestérase globulaire fut demandé, mais le laboratoire répondit : « C'est la première fois que l'on nous demande cet examen, cette détermination se pratiquant habituellement sur le sérum. N'en connaissant pas pour le moment les détails techniques, nous sommes au regret de ne pouvoir l'exécuter. »

Nous ne pouvons donc présenter aucune confirmation biologique de cette intoxication cliniquement évidente.

La première observation permet de soulever l'hypothèse d'une intoxication par trilons, mais nullement de la confirmer. Le seul élément somatique frappant est l'urémie, à vrai dire banale et aucunement évocatrice d'une telle intoxication, mais rendue plus significative par l'urémie toxique antérieure de son frère.

Chez le deuxième malade, l'intoxication organo-phosphorique est cliniquement certaine. Le problème est de savoir si la diminution de la cholinestérase synaptique pourrait être à l'origine, non pas du délire, mais de la sthénie, de l'hyperthymie, de la réactivité.

On sait l'importance de la cholinestérase dans la destruction quasi-instantanée de l'acétylcholine, médiateur chimique central. Il ne nous

paraît pas invraisemblable de penser que la diminution de ce ferment pourrait provoquer une irritabilité centrale durable.

M. le professeur Delga a bien voulu nous signaler : « Il a été bien mis en évidence, et notamment en France par Valade, des lésions importantes du cerveau au cours des intoxications par les trilons (toxiques organo-phosphorés). Dès lors, les séquelles psychiques sont aisément explicables. »

Nous extrayons enfin de l'E.M.C. la phrase suivante :

« Il se forme presque immédiatement une combinaison irréversible avec la cholinestérase et la guérison dépendra donc uniquement de la reformation d'une nouvelle cholinestérase. Ceci peut prendre plusieurs semaines en ce qui concerne la cholinestérase plasmatique, plusieurs mois en ce qui concerne la cholinestérase des hématies et des tissus...

« Il faut donc insister sur le danger des effets cumulatifs et sur la susceptibilité à une action ultérieure des sujets déjà exposés. »

En présence de ces constatations, il paraît difficile d'admettre qu'une diminution aussi prolongée de la cholinestérase tissulaire ne s'accompagne jamais de séquelles neurologiques ou psychiques. Il faut cependant plus d'une observation pour affirmer le rôle psychopathique d'un toxique. C'est pourquoi il ne nous semble pas inutile de soumettre nos cas à la critique et à l'expérience de nos collègues.

DISCUSSION

M. J. RONDEPIERRE. — La communication de MM. Léculier et Heyward m'a vivement intéressé, d'autant plus que le malade qui fait l'objet de la 2^e observation est actuellement dans mon service : je le crois guéri et me propose de demander sa sortie à la préfecture de police. J'avais cru pouvoir, dès son entrée, porter un pronostic relativement favorable car, manifestement — et les présentateurs ne s'y sont pas trompés — ce n'est pas un paranoïaque.

Outre la minutieuse observation qui m'a été transmise, j'ai beaucoup apprécié le rapport très long et très fouillé de MM. Heyward, Flot et Mignardot, c'est un modèle du genre. Je crois, moi aussi, que le produit toxique est en cause, du moins très probablement, et qu'il a, non pas créé la psychose, mais permis son éclosion en modifiant le terrain au point de transformer en une psychose passionnelle ce qui n'aurait été que revendications excessives d'un plaideur mécontent. J'ai parlé de ce cas au pharmacien de mon service, chimiste des plus distingués, le professeur Truhaut, qui est précisément l'auteur du rapport ayant entraîné l'autorisation de vente du produit en cause.

Je remercie MM. L. et H. de nous avoir réservé la primeur de cette belle communication mais il serait dommage de ne pas la publier à la Société de médecine légale, étant donné la nouveauté de ce mélange toxique, qui ne l'a été d'ailleurs — et nos collègues l'ont bien dit — que du fait de l'inobservation des prescriptions et recommandations d'emploi, notre malade ayant négligé toute précaution. Le professeur Truhaut se fera un plaisir de fournir à MM. L. et H. toutes précisions toxicologiques désirables.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Léo, au nom d'une commission composée de MM. DECHAUME, TUSQUES et Léo, rapporteur, M. Georges LECOMTE, médecin à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre), est élu *membre correspondant national* de notre Société, par 16 voix sur 16 votants.

La séance est levée à 18 heures.

SOCIÉTÉS

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 16 janvier 1956

Présidence : Mme BOREL-MAISONNY, présidente

Comparaison des résultats obtenus au test de Terman et à l'échelle de Wechsler-Bellevue pour enfants, par groupe de 57 enfants, par M^{lle} L. MOOR.

Si la corrélation est très bonne entre le Terman et le WISC chez les enfants intelligents ($r. = .79$, pour les enfants dont le quotient intellectuel au Terman est supérieur à 90), elle est un peu moins bonne chez les débiles ($r. = 63$), chez lesquels le quotient intellectuel obtenu à l'aide du Wechsler est, en règle générale, un peu supérieur à celui du Terman, car l'échelle comprend des épreuves non verbales.

Indications de la rééducation psychomotrice chez les débiles mentaux en vue d'une réinsertion sociale, par M. B. JOLIVET et M^{lle} L. MOOR.

Tous les débiles ne sont pas rééducables mais, si on fait un bilan soigneux et si les indications sont bien posées, les résultats sont encourageants. Un quotient intellectuel au moins égal à 60 aux épreuves de performance paraît indispensable. Par ailleurs, un examen attentif de la motricité (examen neurologique et tests de niveau moteur) est obligatoire avant d'entreprendre toute rééducation. L'élément affectif n'est pas non plus négligeable. Les auteurs insistent particulièrement sur la difficulté qu'il y a à obtenir des progrès chez les adolescents présentant un trouble de la structuration spatiale. Enfin, il paraît illusoire d'entreprendre une rééducation chez des sujets de plus de 16 ans.

Carence de soins maternels et directives sociales, par MM. C. LAUNAY, F. VERLIAC, J. TRELAT et M^{lle} LYARD.

Les auteurs étudient comment, dans le cadre français et à l'heure présente, doivent se concevoir les directives médico-sociales concernant les

enfants en bas âge, à la suite des importants travaux parus ces dernières années sur la « carence des soins maternels ». Leur travail se limite à la période des cinq premières années. Ils étudient les quatre types de situations correspondantes : enfant entièrement élevé en collectivité ; enfant subissant des placements successifs pendant une longue période ; enfant de famille stable placé pour un temps limité ; enfant rejeté dans le milieu familial.

Ils se posent ensuite, pour chacune de ces catégories, la question de l'avenir mental. Ils estiment que ce qui est nocif, ce n'est pas tant la séparation temporaire d'avec la mère, que cette intrication de demi-abandon et de placements réitérés que l'on observe communément lorsque le cadre familial est défectueux ou inexistant ; de multiples enquêtes en font foi. Ils concluent qu'une attitude très diverse s'impose suivant les familles et qu'il faut se défendre de toute systématisation.

Les conditions de vie actuelle d'une partie de la population pauvre des villes et de la région parisienne en particulier (insuffisance de logements, fréquence des mères seules, situations familiales fausses ou instables) font considérer qu'en réduisant autant qu'il est possible le nombre des placements d'enfants, un certain nombre de ceux-ci demeurent nécessaires et sont favorables. Encore y a-t-il lieu de poursuivre une campagne pour un aménagement humain de tous les placements d'enfants, en mettant l'accent plus sur le comportement du personnel que sur l'amélioration des locaux.

S. LEBOVICI.

Groupement belge d'études oto-neuro-oculistiques et neuro-chirurgicales

Séance du 28 janvier 1956

Présidence : M. M. ALEXANDER

L'action vaso-motrice carotidienne de quelques médicaments usuels,
par MM. P. VAN DEN BERGH et DEREYMAEKER.

L'observation directe des vaisseaux cérébraux ne permet pas de connaître les réactions des gros troncs. Les auteurs ont utilisé la technique de l'artériographie carotidienne expérimentale chez le chien. Chaque cliché est pris automatiquement au moment de la systole de manière à éliminer les causes mécaniques de variations de calibre des artères.

L'adrénaline contracte les artères du cou mais a peu d'action sur les artères cérébrales.

La papavérine dilate les gros troncs mais son action diminue après les bifurcations.

La caféine a une action généralement vaso-dilatatrice, surtout sur la carotide interne.

L'acide nicotinique dilate la carotide interne mais agit très peu sur les artères cérébrales.

L'acétylcholine a une action vaso-dilatatrice variable et très passagère.

La dihydroergotamine administrée isolément n'a aucune action mais elle contracte les artères dilatées par l'acide nicotinique.

Discussion de ces résultats à la lumière de la littérature récente sur la question.

Traitement de la névrite rétro-bulbaire unilatérale par injections rétro-bulbaires répétées d'hydrocortisone. Note préliminaire, par M^{me} Marthe BRIHAYE.

Relation du cas d'un homme de 47 ans qui fit, au cours d'un état sub-fébrile avec leucocytose à 15.000 éléments, une névrite rétro-bulbaire aiguë, à gauche. Après échec d'un traitement général intensif (cortisone *per os*, vitamines, antibiotiques), la guérison fut obtenue par cinq injections rétro-bulbaires d'hydrocortisone, dont l'effet favorable fut quasi-immédiat (trois heures après la première injection).

Atrophie optique unilatérale, comme première manifestation d'une tumeur maligne du naso-pharynx, chez un enfant de 3 ans, par MM. P. DANIS et D. TOUSSAINT.

Relation du cas d'un enfant de 3 ans ayant présenté un syndrome isolé de l'apex orbitaire. Discussion du diagnostic différentiel et démonstration d'un lymphoréticulosarcome pharyngé à extension intracrânienne. Les auteurs insistent sur la rareté de ces cas.

Considérations cliniques et chirurgicales sur les hématomes intracérébraux. Analyse d'une série de cas personnels, par MM. VAN GEUCHTEN, J. MORELLE, A. DEREYMAEKER et R. VAN DEN BERGH.

Les auteurs rapportent l'histoire de quatorze cas d'hématomes intracérébraux qu'ils répartissent en trois catégories : hématome post-traumatique (un cas), hématome par anévrisme artério-veineux (trois cas) et hématomes « essentiels » (dix cas). Les sujets du 3^e groupe avaient de 17 à 62 ans. L'étiologie est inconnue.

Discussion des hypothèses étiologiques, des résultats de l'examen électro-encéphalographique et des indications opératoires. Sur leurs 14 cas, les auteurs n'ont eu à déplorer que deux décès.

Dysembryomes hétérotopiques du cône médullaire, par MM. Max LOCOGE et J. BRIHAYE.

Relation de trois cas personnels de ces tumeurs rares à symptomatologie à la fois médullaire et de la queue de cheval. Etude histologique, revue de la littérature avec discussion et critique de la classification et des hypothèses pathogéniques.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

« Notre expérience de la réserpine en psychiatrie », par François BRISSET. (*Thèse Bordeaux*, 1 vol., 155 pages, imprimerie Delmas, Bordeaux).

F. Brisset rapporte 27 observations de malades traités. La plupart de ces malades étaient internés depuis longtemps et considérés comme difficilement curables. La thérapeutique au 4560 R.P. s'était elle aussi montrée en général inefficace. Les doses utilisées, progressivement croissantes, atteignaient en moyenne 12 mgr. par 24 heures en deux semaines. Il paraît nécessaire d'atteindre rapidement le dosage maximum. Il existe souvent un temps de latence entre le début du traitement et l'apparition de l'effet thérapeutique. Il est en général nécessaire d'administrer alors le médicament d'une façon continue et prolongée, à des doses modérées d'entretien (entre 3 à 7 mgr.).

Les réactions neuro-végétatives sont fréquentes, surtout dans le sexe féminin. La tolérance à ces réactions a toujours été en général satisfaisante et ces réactions disparaissent sans laisser de séquelle avec l'arrêt du traitement.

L'auteur indique ensuite les résultats obtenus selon le type clinique psychiatrique : dans les états d'excitation, seules les formes sans grande agitation motrice sont heureusement influencées par la réserpine. En revanche, les formes à grande agitation relèvent beaucoup mieux du 4560 R.P. La réserpine paraît surtout agir électivement sur les états dépressifs. Chez les schizophrènes son effet est inconstant, il semble surtout net chez les sujets où se retrouve un substratum anxieux.

Chez les délirants chroniques, M. Brisset signale la régression de l'activité hallucinatoire dans trois cas sur neuf et cinq fois sur neuf la tranquillisation de la tonalité affective du délire. D'après lui, si la réserpine reste le plus souvent une médication plus symptomatique que globale, elle permet cependant d'ouvrir la voie à d'autres thérapeutiques et en particulier à la psycho et à la Pergothérapie.

Le travail de M. F. Brisset apporte une intéressante contribution aux recherches actuellement orientées vers la thérapeutique par la réserpine. Plusieurs de ses constatations contrôlent ou fortifient d'autres constatations récentes souvent identiques.

Paul ABÉLY.

Un facteur d'anorexie mentale des adolescentes. La répudiation des soucis matériels. Affirmation « d'intellectualisme pur », par M. L. MICHAUX et Mme L.-Georges JANET. (*Presse médicale*, 1^{er} février 1956). Travail original.

Les auteurs de ce travail original apportent cinq observations d'anorexie mentale chez cinq jeunes filles âgées de 17 à 20 ans et en citent quelques-unes assez identiques publiées par d'autres.

Dans une étude psychologique pénétrante, M. Michaux et Mme Janet suspectent un conflit affectif mal contenu créant une tension névrotique entre des parents frustes, illettrés, mais dévoués, et l'enfant « intellectuellement évolué et dépaycé », conflit perpétuel de cette gratitude qui veut trouver son expression et ses preuves et de ce mépris pudiquement contenu. « Cette association de mépris et de gratitude, véritable écartèlement de l'activité filiale, apparaît ici comme un facteur de névrose. »

Pourquoi cet appel névrotique s'oriente-t-il vers l'anorexie ? Les auteurs supposent plusieurs explications. Une première serait la suivante : « L'aspiration à l'intellectualisme pur dans la répudiation des plaisirs de la table ».

La deuxième, d'inspiration psychanalytique, serait « la répudiation du stade oral, répudiation symbolique, inavouée et inconsciente des parents dans leurs préoccupations matérielles dominantes ».

Dans ce problème encore bien mal élucidé de l'anorexie mentale, de telles tentatives d'explications sont du plus grand intérêt, mais elles n'arrivent pas encore à faire comprendre pourquoi ; avec les mêmes motifs psychologiques, de telles anorexies ne surviennent que dans le sexe féminin et chez des vierges et comment aussi dans chacune des observations on retrouve des troubles dysendocriniens ou plus exactement d'encéphaliques. C'est ce qui me faisait écrire il y a quelques mois (dans les *Feuillets médicaux*) que, dans de tels cas, à une dysharmonie somato-psychique primitive s'associait une dysharmonie psycho-somatique secondaire.

Paul ABÉLY.

Étude anatomo-clinique d'un syndrome de Morgagni-Morel, une forme spéciale de l'atrophie cérébrale. (*Presse médicale* du 25 janvier 1956), par L. MICHAUX, J. CAMBIER et J. GRUNER.

Il s'agit d'un sujet de 65 ans présentant les symptômes classiques et complets d'une hyperostose frontale interne. L'examen des clichés à l'encéphalographie gazeuse montra une atrophie cérébrale importante portant sur toute la partie antérieure des hémisphères et débordant en arrière les lobes frontaux.

Après décès, l'étude histologique ne permit pas de reconnaître la cause ou le mécanisme de cette atrophie, où n'entraîna ni la compression directe, ni l'étiologie sénile habituelle, ni l'athérome. Il semble s'agir d'une atrophie cérébrale de type inhabituel avec importants troubles psychiques et où dominait la rétraction de la substance blanche.

Paul ABÉLY.

L'hémisphérectomie cérébrale dans le traitement de l'hémiplégie et de certaines encéphalopathies infantiles, par Daniel FERREY. (*Presse médicale* du 18 janvier 1956).

L'auteur s'en réfère à dix interventions pratiquées en deux ans. Il insiste sur le fait qu'il ne faut opérer que chez des sujets possédant un lobe cérébral sain capable de suppléer au lobe malade à extirper. L'hémisphère malade est enlevé en son entier, mais en conservant le noyau caudé, le thalamus, quelquefois le noyau lenticulaire, et en gardant intacte leur vascularisation.

Les résultats les plus favorables et les indications majeures ont été observés dans l'hémiplégie avec atrophie, l'épilepsie, les troubles mentaux à prédominance caractérielle ou avec gros déficit intellectuel.

Des résultats très encourageants permettent de penser que cette technique mérite une place importante dans le traitement de l'hémiplégie cérébrale infantile.

Paul ABÉLY.

Un petit stigmate de l'alcoolisme. Le gros œil des buveurs, par J. RACOUCHOT. (*Presse médicale* du 14 janvier 1956).

L'auteur signale la fréquence des exophtalmies modérées chez les buveurs d'habitude. Il illustre son article par quelques reproductions d'œuvres picturales célèbres montrant l'œil globuleux des faciès bacchiques. Il pense, selon l'opinion du professeur de Gennes, que ce symptôme est lié à une carence globale des hormones, retentissant sur le couple diencéphalo-hypophysaire et directement provoquée par l'intoxication éthylique.

Paul ABÉLY.

La fonction surrénalo-testiculaire dans les cirrhoses alcooliques, par ALBEAUX-FERNET et J. D. ROMANI. (*Presse médicale* du 11 janvier 1956).

Les dosages hormonaux pratiqués chez des sujets du sexe masculin apportent chez ces cirrhotiques des résultats d'une constance habituelle : abaissement des 17-cétostéroïdes neutres, abaissement des 17-hydroxy-corticostéroïdes, alors que les catabolites des glyco-costécoïdes sont à un taux normal.

La conjugaison hépatique des stéroïdes est aussi perturbée, surtout celle portant sur la sulfo-conjugaison. Il s'agit donc d'un syndrome hépato-testiculaire.

Ces constatations, liées à un processus d'intoxication générale, permettent d'entrevoir certains espoirs thérapeutiques.

Paul ABÉLY.

L'héparine dans le traitement de la surdité, des bourdonnements et des vertiges, par MM. R. MAYOUX, J.-P. REBATTU, J. CARRÉ et G. LESNÉ (*Presse médicale* du 7 janvier 1956).

Cette thérapeutique s'avère intéressante, en particulier chez les traumatisés crâniens, car elle donne une amélioration subjective de l'audition, souvent (dans plus des 2/3 des cas) la disparition des bourdonnements et des

vertiges. C'est là aussi un moyen de différencier ce qui relève de l'atteinte de la cellule sensorielle ou de l'atteinte du tissu conjonctivo-vasculaire labyrinthique.

La technique consiste à introduire le médicament par voie intraveineuse ou intramusculaire, à la dose de 2.000 à 3.000 mgr. en huit jours. Cette méthode a souvent réussi là où les thérapeutiques habituelles avaient épuisé leurs effets.

Paul ABÉLY.

L'art psychopathologique, par Robert VOLMAT. (*Presses Universitaires de France*, 1 vol., 320 pages).

Au premier congrès mondial de psychiatrie, qui se tint à Paris en 1950, fut organisée une exposition internationale d'art psychopathologique ; dix-sept pays y participèrent et apportèrent d'importantes collections. C'est à l'étude détaillée de celles-ci que l'auteur consacre la première partie de son très intéressant ouvrage.

Dans une deuxième partie, il s'intéresse longuement aux notions qui se dégagent de l'étude du dessin psychotique. Elle comprend cinq chapitres. Dans le premier, M. Volmat étudie le monde des formes en rapport avec la structure mentale de l'artiste malade.

D'esprit analytique mais prudent dans ses déductions, il en arrive à penser que, s'il existe un style assez typique de l'aliénation, celui-ci s'extériorise surtout dans la façon du schizophrène chronique peignant de manière spontanée. Hors de ce cas, l'interprétation devient plus difficile. L'œuvre du psychopathe permet de mieux saisir le sujet dans sa totalité en confrontant la pensée morbide, le délire, le thème des images et son expression. Pour que l'investigation psychiatrique soit féconde, il faut y associer l'étude structurale, phénoménologique et psychanalytique.

Dans un deuxième chapitre, l'auteur envisage l'étude des syndromes et des thèmes plastiques, étude délicate que M. Volmat aborde surtout par la méthode phénoménologique et psychanalytique : « A côté, dit-il, de l'objet-perception, visible, matériel, immanent à l'acte sensoriel, se trouve l'objet-symbole, invisible, imaginaire, transpectif, nœud de cristallisation, de toute la structure du comportement que les données matérielles ne peuvent suffire à expliquer. » C'est là la conception phénoménologique.

La perspective freudienne trouve dans ces œuvres malades tout un riche dictionnaire de symboles, se rattachant surtout au passé du sujet.

Dans un troisième chapitre, R. Volmat s'intéresse aux arts et à la pensée archaïque. Beaucoup de dessins étranges s'expliquent par un symbolisme à extension cosmique abolissant le problème personnel du psychopathe.

L'auteur envisage ensuite la parenté possible entre l'art moderne et l'art pathologique. Allant de l'école impressionniste aux écoles successives, dont les plus récentes, il tente de démontrer que l'art s'efforce d'utiliser tous les moyens de connaissance afin de devenir l'impression réelle d'une époque. A la fois inspiré des progrès scientifiques, industriels, psychologiques, l'artiste va jusqu'à utiliser le matériel inconscient qu'il projette dans sa toile, mais il cherche toujours à provoquer chez le public l'émotion affective et esthétique. L'artiste pathologique ne se soucie pas de cette dernière contin-

gence. Il ne fait sa toile que pour lui et il l'associe intimement à ses seules préoccupations mentales.

Dans un cinquième et dernier chapitre, M. Volmat aborde le problème de la thérapeutique collective par l'art. Comme toutes les thérapeutiques, celle-ci a ses indications, ses contre-indications, ses échecs, ses résultats. Elle doit être associée aux autres techniques ; ergothérapie, psychothérapie individuelle ou de groupe, thérapeutique médicamenteuse proprement dite, etc... Elle garde dans le traitement des maladies mentales une place importante car elle favorise un meilleur contact avec l'extérieur, elle déplace et libère des préoccupations délirantes, elle relaxe l'anxiété et les inhibitions, enfin elle joue par sa valeur émotionnelle propre.

A l'hôpital, 2 % des malades peignent spontanément habituellement, sans formation artistique antérieure ; ils commencent à dessiner après un certain nombre d'années d'internement. Un chiffre bien réduit arrive à une production intéressante.

Dans ce besoin de dessiner, la régression semble constituer un facteur essentiel avec un retour aux comportements et aux aptitudes infantiles.

Ce livre se termine par une importante reproduction photographique des principales œuvres exposées et par une riche bibliographie. Il mérite d'avoir sa place obligatoire dans la bibliothèque de tout psychiatre.

Paul ABÉLY.

JOURNAUX ET REVUES

Le malade mental, qu'en avons-nous fait ? (*Présences*, revue trimestrielle du monde des malades, n° 54, 1^{er} trimestre 1956, 204 pages).

Pour un praticien, et particulièrement pour un spécialiste, il est assez malaisé de résumer un ouvrage de vulgarisation médicale. D'autant que les articles qui le composent sont rédigés par des auteurs très variés : médecins psychiatres, administrateur, aumôniers, assistante sociale, infirmier et malades eux-mêmes.

La vulgarisation médicale est une arme à double tranchant qu'il faut manier avec une prudence stricte, faite d'objectivité, d'honnêteté, de sérénité et peut-être aussi d'opportunité. Certes, il est utile d'alerter l'opinion publique sur les grands problèmes humains.

Après cinq ans de guerre, de désastres matériels et moraux, après un décalage de plus en plus marqué entre l'évolution technique scientifique et l'évolution de l'éthique individuelle, ces grands problèmes sont de plus en plus nombreux. Ils s'imposent dans de multiples domaines avec une acuité douloureusement présente.

Celui de l'assistance psychiatrique trouve incontestablement sa place parmi eux, mais il est *étroitement lié à tous les autres* et il devient presque impossible de l'étudier isolément. C'est ainsi que la prophylaxie mentale relève

de l'atmosphère sociale, affective, émotionnelle, du sentiment de sécurité, de l'hygiène du travail, de l'habitat, de l'alimentation, de la lutte antialcoolique, etc..., etc...

Les auteurs essayent, après bien d'autres, de familiariser l'opinion publique avec cette idée encore mal assimilée que le malade mental est un malade comme tous les autres et que comme tel il faut le traiter précocement pour mieux le guérir. Encore faut-il qu'il ait lui-même conscience de son état morbide et qu'il veuille se faire soigner. C'est là le problème de toujours que les mots et les bonnes volontés n'ont pas encore résolu entièrement.

Parmi les différents articles qui alimentent le numéro de cette revue, il faut tout d'abord retenir celui précis, objectif et pondéré d'un administrateur sur la géographie actuelle de l'assistance psychiatrique et de la législation en vigueur et sur les *perspectives d'avenir*. Plusieurs autres sont consacrés à la mauvaise situation du malade mental dans les conditions matérielles présentes. Ils signalent, à juste titre, que la France fut la première à donner au monde l'exemple d'une assistance psychiatrique officielle, humaine et codifiée, et qu'elle a peu à peu perdu cette avance.

Je ne suis pas cependant absolument convaincu qu'elle soit tellement en retard. J'ai visité pas mal de services psychiatriques étrangers, j'ai recueilli l'opinion sincère de voyageurs impartiaux et j'ai l'impression qu'il n'est pas encore au monde un seul pays où l'assistance au malade mental soit parfaitement adaptée à notre époque.

Chacun manifeste son souci d'amélioration et d'harmonie avec les données scientifiques et psychologiques nouvelles, avec le climat ethnique de chaque état correspondant à son propre génie.

Le problème demeure universel et malheureusement intriqué d'une façon plus ou moins pressante avec tous les autres problèmes sociaux, moraux, financiers, que pose l'après-guerre.

Certes, l'installation idéale d'hôpitaux psychiatriques modèles correspond au désir intense de tout psychiatre qui aime sa profession et ses malades. Elle s'impose dans l'avenir. Mais en attendant cette réalisation future, nous arrivons tout de même à guérir, même dans des conditions précaires, un nombre de plus en plus important de psychopathes.

Ceux qui apparaissent, comme les plus urgents, et comme très justement le signalent la plupart des articles de cette revue, sont les problèmes de la prophylaxie, du dépistage précoce, et surtout celui de la post-cure et de la réadaptation sociale du sujet guéri.

Si nos confrères psychiatres ne découvrent pas dans cette revue des directives inconnues, je crois en revanche que le public pourra utilement s'en inspirer pour comprendre, aider et aimer le malade mental. J'estime aussi que cet ouvrage aura le grand mérite d'apporter un heureux et indispensable contrepois aux vulgarisations romancières et malsaines d'incompétences graphorrétiques.

Paul ABÉLY.

La crise de la physique contemporaine, par M^{me} Hélène KONCZEWSKA.
(*Revue philosophique*, octobre-décembre 1955).

L'auteur de l'article envisage les changements apportés par les conceptions physiques contemporaines, et tout particulièrement celle des quanta,

dans l'évolution de l'idéalisme philosophique en tant que théorie de la connaissance. La physique nouvelle, en rompant avec les catégories absolues de l'ancienne physique, a contribué à affranchir l'idéalisme moderne de l'apriorisme kantien. Elle a détruit notamment l'illusion du cadre rigide spatio-temporal. Mais elle a par ailleurs donné de nouvelles armes à l'idéalisme. Au lieu de suivre la pente traditionnelle qui la porte à l'affirmation de la réalité en soi, elle a montré la part introduite par le physicien lui-même comme sujet connaissant, son rôle organisateur, sa pensée réfléchie prenant conscience d'elle-même. La notion d'objet, propre à cet idéalisme, est celle d'un objet construit mais non donné *à priori*. Les mesures en physique quantique n'ont plus l'ambition, selon les paroles de M. L. de Broglie, « de décrire l'univers tel qu'il est, mais tel qu'il est connu par le savant ». On sait aussi l'incidence profonde des théories quantiques sur la notion de déterminisme. L'opposition entre réalisme déterministe et phénoménisme indéterministe, qui représentent l'ancienne et la nouvelle physique, fait renaître le vieux conflit entre réalisme et idéalisme, au profit de celui-ci.

Le profane que je suis doit se garder d'apporter une appréciation personnelle dans ce domaine réservé aux initiés. Je ferai cependant deux remarques : les termes de « subjectif » et d'« objectif » n'ont pas le même sens pour les physiciens et pour les philosophes. Mme Konciewska admet cette ambiguïté. Dans un article du même numéro de la « Revue philosophique », Costa de Beauregard revendique, pour la théorie complémentariste de la conception quantiste, le caractère d'objectivité et s'élève contre « une prétendue subjectivité qui l'opposerait aux doctrines plus anciennes ». En second lieu, la notion de déterminisme tend à se rétablir dans la microphysique. Einstein lui était toujours resté fidèle. Relativité et quanta ont récemment opéré un rapprochement grâce à la construction d'une théorie échappant à l'indéterminisme atonique. Mme Konciewska, dans un addendum à son article, reconnaît ce revirement, qui a reçu l'appui de l'autorité de M. L. de Broglie.

X. ABÉLY.

PSYCHIATRIE

Psychologie des thérapeutiques psychiatriques par altérations du système nerveux (chocs et psychochirurgie), par H. BARUK. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, n° 3, juillet-septembre 1955, p. 356).

Parmi les méthodes nouvelles de traitement utilisées en psychiatrie, certaines ont pour point commun de réaliser des altérations du système nerveux pour atténuer certains symptômes mentaux. L'auteur expose d'abord les indications ou pseudo-indications de la psycho-chirurgie, qui n'est pas la thérapeutique d'une maladie déterminée, mais de certains symptômes tels que tension pathologique, hyperémotivité, angoisse, obsessions, impulsions dangereuses. Seuls les cas ayant résisté aux autres thérapeutiques et ayant un caractère pronostique de chronicité seraient justiciables de cette méthode. M. Baruk démontre que ces indications invoquées en faveur de la psychochirurgie sont fausses. En suivant de près les malades opérés, qui, même avec des tests, paraissent améliorés, on note qu'ils ont perdu leur conscience morale et professionnelle. Des déséquilibrés antisociaux ont été rendus plus

agressifs. Les méthodes de choc, comme la psycho-chirurgie, ont pour but de traiter les symptômes des maladies mentales par des altérations ; elles présentent souvent des inconvénients pour l'avenir. Pour l'auteur, des différences profondes séparent la véritable méthode scientifique (qui consiste dans une étude minutieuse de la nature et dans des thérapeutiques motivées visant à la véritable guérison du malade) des méthodes aveugles qui ne visent qu'à réaliser dans l'immédiat un effet « spectaculaire » au détriment de l'avenir.

L. MARCHAND.

Études sur les processus de la vieillesse. Les forces et les faiblesses des fonctions psychiques chez les sujets âgés, par E. BUSSE, R. BARNES, A. SILVERMAN, M. THALER et L. FROST. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 3, n° 12, juin 1955, p. 896).

Les auteurs passent en revue les nombreuses influences qui agissent sur les fonctions psychiques des personnes âgées. Ils rappellent leurs conclusions d'un travail antérieur sur les modifications électro-encéphalographiques des vieillards. Chez un grand nombre, on note des dysrythmies focales dans les aires temporales gauches, une dysrythmie diffuse chez les affaiblis intellectuels et principalement chez ceux qui sont hospitalisés. Chez les vieillards qui continuent à travailler, les tracés électro-encéphalographiques ne diffèrent pas de ceux d'individus plus jeunes. Les périodes récurrentes de dépression sont fréquentes chez les sujets âgés. Elles résultent de leur sentiment d'incapacité ou d'insécurité ; elles surviennent souvent une fois par mois et ont une durée d'une heure à quelques jours. Les tendances hypochondriaques s'associent souvent aux phases dépressives ; dans 60 % des cas, elles se compliquent d'idées de persécution. Elles s'observent principalement chez les vieillards qui sont peu aidés par leurs enfants. La façon dont les vieillards passent leur temps varie suivant qu'ils soient hospitalisés, qu'ils soient libres dans la communauté ou qu'ils aient un emploi. Leur capacité de prendre part aux distractions est très influencée par le degré de leur éducation. Environ 25 % des vieillards sont atteints de constipation et 50 % utilisent des laxatifs. La constipation chronique est souvent en rapport avec des modifications organiques. L'usage des hypnotiques est aussi fréquent. Les auteurs voudraient que l'on prépare les sujets pour leur vieillesse et qu'on leur enseigne des techniques préventives.

L. MARCHAND.

Des phases du sommeil dans l'énurésie, par R. S. DITMAN et K. A. BLINN. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 3, n° 12, juin 1955, p. 913).

Etude portant sur 25 sujets âgés de 5 à 20 ans chez lesquels on prit un tracé électro-encéphalographique nocturne continu. L'urination au lit était signalée par un appareil électronique sensible aux modifications résistancielles. Les auteurs donnent les conclusions suivantes. En dehors des mictions qui ont lieu durant une crise convulsive nocturne, l'énurésie n'est pas une forme d'épilepsie. Elle n'est pas due à un sommeil excessivement profond et la plupart des sujets étaient éveillés physiologiquement au moment où le lit était mouillé. Si l'urination au lit peut survenir aux diverses phases

du sommeil, c'est surtout chez les enfants qu'elle a lieu, pendant un sommeil profond. Il est alors possible qu'elle soit due à un retard de maturation des fibres nerveuses. Chez l'adulte, le problème est psychopathologique. Cliniquement, il s'agit de sujets mal éduqués, pratiquant une mauvaise hygiène, appartenant à des familles rurales ou nombreuses et présentant une personnalité arriérée, anxieuse, agressive. L'électro-encéphalographie peut être utile pour le diagnostic de l'énurésie. La psychothérapie semble indiquée dans les cas qui montrent un comportement dissocié et anxieux.

L. MARCHAND.

Psychiatrie expérimentale. Observations cliniques et physiochimiques dans les psychoses expérimentales, par M. RINKEL, R. HYDE, H. SOLOMON et H. HOAGLAND. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 3, n° 12, juin 1955, p. 881).

La psychiatrie expérimentale, c'est-à-dire l'étude des psychoses produites expérimentalement, joue un rôle important dans les progrès de la psychiatrie. Les auteurs ont étudié les effets du d-lysergic-acid, qui diffère de la mescaline, chez 100 personnes qui se sont prêtées volontairement à l'expérience. La dose orale a été de un à un demi-milligramme par kilogramme du poids du corps. Dans la majorité des cas, on observe un état schizophrénique modérément aigu ou une forme schizo-affective avec ou sans catatonie. Les troubles consistèrent surtout en altérations de la perception ; les objets étaient vus différemment. La plupart des sujets manifestèrent une perte de spontanéité et quelques-uns furent surexcités et agressifs. Soumis aux tests psychologiques, tous, sauf deux, présentèrent une nette modification de leur personnalité. Chez tous les sujets, on nota des phénomènes subjectifs et objectifs du système nerveux autonome précédant les phénomènes mentaux. Le d-lysergic-acid influence particulièrement le système adrénalinique qui, d'après les auteurs, est particulièrement troublé dans la schizophrénie.

L. MARCHAND.

La pathologie de la sénilité, par D.-G. WILSON. (*The American Journal of psychiatry*, vol. 3, n° 12, juillet 1955, p. 902).

On ne doit pas confondre le terme sénilité avec celui de vieillesse ; la sénilité est un état pathologique. Du point de vue biologique et physiologique, on admet que les modifications séniles de la personnalité sont en rapport avec un processus fonctionnel des cellules du cortex cérébral. On a noté une diminution du cours du sang et des métabolismes dans les psychoses séniles ; on a soutenu que la thrombose vasculaire associée à l'artério-sclérose étaient la lésion commune des psychoses séniles. Le métabolisme des lipides, de l'azote, des hydrocarbures ont fait l'objet d'études spéciales chez les vieillards. L'utilisation du glucose diminuerait avec l'âge. Les recherches psychologiques ont décelé chez eux une perte progressive de la capacité d'apprendre. Dans la démence sénile et l'artério-sclérose, le processus de la détérioration ne dépend pas de l'âge et ne se fait pas d'une façon diffuse.

Les réactions dépressives, toxiques et schizophréniques peuvent être trai-

tées avec succès chez les personnes âgées, mais pour celles-ci l'hospitalisation est néfaste. L'isolement, le sentiment d'être un être inutile sont des facteurs de psychose sénile. Les vieillards ont les mêmes besoins, les mêmes désirs et les mêmes réactions que les personnes plus jeunes, quoique avec certaines modifications. La sénilité est un état maladif qui a des causes héréditaires, biologiques, psychologiques ; les efforts des chercheurs doivent, dans chacune de ces matières, avoir pour but d'apprendre comment on peut prévenir ces troubles.

L. MARCHAND.

De la démence associée à l'atrophie cérébrale démontrée radiologiquement, par R.-H. GOSLING. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 18, mai 1955, p. 129).

Le but de l'auteur a été de préciser la valeur de l'encéphalographie gazeuse dans la démonstration de la démence qui se développe au milieu de la vie. Il a classé les sujets suivant que leur démence était légère, modérée ou profonde. Sur 68 sujets atteints de démence, on nota l'atrophie cérébrale dans 85 % des cas et pas d'atrophie dans 15 %. Parmi les sujets qui ne présentaient qu'une légère démence, l'encéphalographie décèle l'atrophie cérébrale dans 70 % des cas ; parmi ceux qui étaient atteints d'une démence modérée ou accusée, l'encéphalographie décèle une atrophie cérébrale dans 98 % des cas. Chez certains déments, on ne peut déceler d'atrophie cérébrale. Dans une série de 24 sujets, chez lesquels une encéphalographie avait été pratiquée pour toute autre cause cérébrale, on nota chez 11 % une atrophie cérébrale. Il s'agissait alors surtout de sujets atteints d'épilepsie depuis longtemps.

Parmi quelques sujets, atteints de démence légère, chez lesquels on avait constaté une atrophie cérébrale, on refit un an plus tard une nouvelle encéphalographie gazeuse et on nota que chez trois sur quatre sujets l'atrophie avait progressé. L'auteur fait la remarque qu'il est souvent difficile à un radiologue de préciser les limites de ce qui est normal quand il s'agit de déceler une atrophie cérébrale. Dans les états démentiels, on peut admettre qu'il y a atrophie cérébrale quand les sillons corticaux ont plus de 0 cm. 5 de large, quand l'air se collecte dans la région insulaire, quand les ventricules latéraux apparaissent particulièrement dilatés dans la région du trigone.

L. MARCHAND.

Études sur l'épilepsie traumatique. Les crises visuelles, par W.-R. RUSSEL et C. W. M. WHITTY. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 18, n° 2, mai 1955, p. 79).

Les auteurs ont divisé leurs 60 cas de la façon suivante d'après les formes des accès : 17 avaient des lueurs intermittentes, 11 des lueurs continues mobiles et 3 des lueurs continues fixes, 14 des symptômes négatifs tels que perte momentanée de la vision, 11 des défauts de vision tels que micropsie, macropsie, déplacement d'objets ; 12 des hallucinations complexes. Les phénomènes de lueurs mobiles continues paraissent en rapport avec les lésions

calcarines, les lueurs intermittentes avec les lésions permanentes des radiations, les symptômes négatifs avec des lésions du cortex visuel situées plus hautes, à la partie postérieure du lobe pariétal, au-dessus des radiations optiques. On attribue habituellement les hallucinations visuelles non différenciées aux lésions du pôle occipital et de la région calcarine, mais elles peuvent s'observer aussi dans les blessures de la région antérieure du pôle occipital et du cortex temporal postérieur. Les hallucinations comprenant le rappel de scènes vécues antérieurement sont associées aux lésions pariéto-occipitales et aussi à celles de l'hippocampe avec ses connexions.

Les auteurs concluent que de telles considérations doivent être formulées avec prudence, car les symptômes observés peuvent être dus à des aires cérébrales normales, dont les fonctions sont supprimées par l'interruption des faisceaux de fibres qui s'y rendent.

L. MARCHAND.

Modifications de l'activité électrique du gyrus sigmoïdien du chien et du chat par application de strychnine sur le cortex néocérébelleux, par R. CANESTRARI, P. CREPAX et X. MACHNE (de Bologne). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 19-31).

L'application locale de strychnine sur le cortex du lobulus ansiformis du cervelet provoque, chez le chien et le chat, une augmentation de l'amplitude des potentiels électriques dérivés du cortex moteur opposé. Des modifications moins marquées se voient sur le cortex moteur homolatéral, ainsi que sur les lobes temporaux et pariétaux. Les auteurs étudient le siège variable des modifications électriques par stimulation des crura et leur strychninisation, discutent les causes des résultats négatifs après strychnine sur encéphale isolé du chat, ainsi que les conditions à remplir pour conserver l'excitabilité des neurones cérébelleux vis-à-vis de la strychnine dans l'emploi de celle-ci pour l'étude des connexions cérébelleuses ascendantes. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'épreuve de Rorschach chez l'enfant. Conditions d'examen et modalités d'exécution (La prova di Rorschach nel bambino. Condizioni d'esame e modalità d'esecuzione), par G. ZECCA (de Gênes). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 50-68).

Examinant comparativement les techniques proposées par les différents auteurs pour l'emploi du Rorschach chez l'enfant, l'auteur indique de façon précise les modifications à apporter au procédé adopté chez l'adulte. Il montre également l'intérêt de quelques examens complémentaires : séries parallèles, épreuve de substitution pour des reproductions en noir des planches habituelles, dessins provoqués (l'enfant est invité à dessiner ce qu'il a vu dans chaque planche). Trois figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Importance de la musique dans la psychopédagogie des normaux et des anormaux (Importanza della musica nella psicopedagogia per normali ed anormali), par Jole Toschi (de Florence). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 10, janvier-février 1955, p. 34-39).

Rappelant que la musique éveille l'intérêt des enfants, l'auteur justifie son emploi dans l'éducation des enfants anormaux, ce qui permet d'intégrer leur personnalité dans le domaine instructif, cette intégration n'étant pas possible par des éléments intellectuels comme chez les normaux à cause de l'oligophrénie. Les résultats obtenus avec les tests de Seashore et de Revesz sont rapportés, ainsi que la méthode d'application de la musique.

V.-J. DURAND.

La dépression des psychasthéniques, par A. CRÉMIEUX (*Marseille-Médical*, t. 92, n° 10, 1955, pp. 620-627).

L'auteur étudie, parmi les éléments essentiels de la maladie de Janet constitués par l'hyperémotivité anxieuse, l'obsession et la dépression, les caractères particuliers de cette dernière. Le psychasthénique est triste, d'une tristesse spéciale, « ennuyée » ; ses modalités d'appréhension du réel sont perturbées, par avitalisation (Gorrit) ou mieux définalisation. Le sentiment de dépersonnalisation exprime une altération du « sentiment d'être » : la perception du moi physique est troublée, comme celle du moi psychique. Mais ce trouble des cénesthésies somatique et psychique est associé à une altération de la cénesthésie externe, avec sentiment d'étrangeté (Entfremdung). Le monde extérieur perd pour le malade ses caractères de réalité vécue mais ce trouble de la « fonction » du réel doit être distingué de l'altération de la « notion » du réel, qui appartient à la série schizophrénique. Les théories explicatives de la genèse et de l'apparition du sentiment de dépersonnalisation se rattachent, d'une part, à des conceptions d'ordre « énergétique » ou jacksonien, d'autre part, à des notions faisant appel à une origine instinctivo-affective, dans la ligne de la psychanalyse. Krapf fait aussi intervenir le conflit entre des forces instinctives aboutissant à l'incapacité d'aimer. L'auteur souligne en terminant que l'étude du sentiment de dépersonnalisation conduit bien au-delà du cadre médical, et qu'elle fait aborder des problèmes proprement philosophiques, la discussion de la réalité du moi et du monde extérieur étant légitime et pouvant être aidée par la connaissance d'états pathologiques semblables.

J. ALLIEZ.

Observations sur quelques altérations de l'écriture chez les enfants anormaux (Osservazioni su alcune alterazioni della scrittura nei bambini anormali), par Luisa Levi (de Turin). (*Infanzia anormale*, nouvelle série, fasc. 10, janvier-février 1955, p. 3-26).

L'auteur décrit les troubles d'apprentissage de l'écriture dans différentes anomalies psychiques infantiles. L'irrégularité de forme, de dimensions, d'inclinaison des lettres est un signe d'instabilité, la tendance à compliquer le graphisme par des ornements superflus traduit la débilité. Le renverse-

ment de lettres isolées peut répondre à une mauvaise orientation spatiale. L'écriture en miroir, fréquente chez les gauchers, est assez facile à corriger, sauf dans les cas où elle est liée à une déficience mentale grave avec cérébropathie. Onze figures reproduisant des exemples des diverses altérations de l'écriture. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Auras psychiques et narco-analyse (Aure psichiche e narcoanalisi), par Renato BOERI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 70-84).

L'auteur examine la signification de l'aura psychique dans l'épilepsie, puis expose les résultats obtenus par l'étude narco-analytique de ce phénomène. Les auras psychiques évoquées par la narco-analyse ont de nombreuses analogies avec les rêves. Il y a, cependant, plusieurs différences, par exemple l'origine : l'aura venant du préconscient, le rêve de l'inconscient. On peut admettre à l'origine des auras une chute du potentiel de conscience avec, au point de vue physiopathologique, prédominance des structures sous-corticales sur l'écorce. L'aura psychique ne peut donc apparaître comme un élément suffisant pour la localisation de la crise épileptique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à la connaissance du profil psychologique des cardiopathes organiques et fonctionnels à travers le psychogramme de Rorschach (Contributo alla conoscenza del profilo psicologico dei cardiopazienti organici e funzionali attraverso il psicogramma di Rorschach), par Giorgio LEONI (d'Imola). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, 1954, p. 631-645).

Chez 104 cardiopathes, les uns organiques, les autres fonctionnels, le test de Rorschach a été recherché. Il n'y a pas de différences essentielles entre les deux groupes, ni d'influence spécifique de l'affection cardiaque. De toute façon, l'emploi du psycho-diagnostic de Rorschach chez de tels malades peut se montrer utile pour déceler d'éventuelles déviations névrotiques de la personnalité.

V.-J. DURAND.

Recherches comparatives entre le test de Rorschach et celui de Lamparter dans le domaine psychiatrique (Indagini comparative tra il test di Rorschach e quello di Lamparter in campo psichiatrico), par Camilla GRASSANO (d'Alessandria). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 4, 1954, p. 646-652).

Chez 300 malades, atteints de troubles mentaux (100 schizophrènes, 100 maniaques, 100 déprimés), l'auteur a étudié, comparativement, les tests de Rorschach et de Lamparter. Il y a corrélation dans les résultats des deux, correspondance entre les résultats de l'examen clinique et ceux donnés par les tests. La méthode de Lamparter, bien que moins riche de possibilités que celle de Rorschach, est cependant digne d'être utilisée plus souvent en psychiatrie.

V.-J. DURAND.

Méthodes psycho-chirurgicales et respect de la personnalité humaine (Metodi psichochirurgici e rispetto della personalità umana), par A.-M. FIAMBERTI (de Varèse). (*La riforma medica*, n° 21, 1954, un extrait de 28 pages).

Répondant aux auteurs opposés à la pratique de la psycho-chirurgie, l'auteur défend celle-ci, indiquant qu'elle comporte un respect réel de la personnalité humaine. Son argumentation s'appuie principalement sur l'utilisation de la méthode de leucotomie transorbitaire imaginée par lui et qui n'entraînerait aucune perturbation de la personnalité de l'opéré.

V.-J. DURAND.

Vérité et erreurs nosographiques et cliniques sur l'hystérie (Verdad y errores nosograficos y clinicos sobre histeria), par Nerio ROJAS (de Buenos-Aires). (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 2, juillet-septembre 1954, p. 287-296).

L'auteur, montrant l'évolution des conceptions sur l'hystérie, indique quelques erreurs commises au sujet de cette affection : question des troubles physiopathiques de Babinski et Froment, crises de nerfs qui ne sont pas de nature hystérique, rôle faussement attribué à l'excitation sexuelle, place à donner à certaines réactions vaso-motrices, soi-disant coma hystérique reposant sur des erreurs de diagnostic, hystéro-épilepsie, relations avec la constitution perverse, rapports avec l'aliénation mentale, problème de la simulation, avec ses graves conséquences médico-légales. Pour terminer, sont évoquées quelques perspectives psycho-somatiques et les points de contact avec l'allergie. Quelques observations personnelles sont rappelées au passage.

V.-J. DURAND.

La conversion et la phobie comme défense dans l'hystérie (A conversão e a fobia como defesa na histeria), par Darcy M. UCHÔA (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 4, 1954, p. 382-395).

L'auteur envisage les concepts de fixation et de régression des impulsions, l'introversion de la libido, la complicité somatique dans le choix des organes atteints. Les conflits des hystériques sont centralisés autour de la situation œdipienne ; l'angoisse est combattue par les phénomènes conversifs qui contribuent à l'apaiser. L'hystérique se comporte comme s'il préférerait la douleur physique à l'angoisse. Un cas personnel est rapporté : hystérie de conversion réalisant une situation psychologique de grossesse. La phobie dans l'hystérie est un mécanisme secondaire protégeant le moi contre l'anxiété. La compréhension psychodynamique de la phénoménologie des symptômes de conversion et de phobie est indispensable pour une orientation thérapeutique causale. Ces symptômes, souvent rebelles au traitement courant, peuvent céder à la psychanalyse.

V.-J. DURAND.

Le dualisme méthodologique dans la psychologie contemporaine (*O dualismo metodologico na psicologia contemporânea*), par J. ALVES GARCIA (*Verbum*, Rio de Janeiro, t. 11, fasc. 3, septembre 1954, p. 343-360).

Le dualisme méthodologique en psychologie, signalé depuis Kant, évident avec le principe de parallélisme psycho-physique de Fechner, très marqué avec Wundt et le développement de la psychologie expérimentale, a été combattu par les behavioristes et l'école réflexologiste européenne, de même que par les défenseurs de la gestaltpsychologie et de l'isomorphisme de Köhler. L'auteur montre les insuffisances de ces conceptions, ainsi que de celles de Brentano, de la phénoménologie, du bergsonisme. La justification du dualisme méthodologique dans la science des faits et des phénomènes psychiques est un impératif d'ordre pratique. La psychologie aujourd'hui est une discipline d'intérêt social ; c'est une psychologie appliquée aux différents domaines de l'activité humaine.

V.-J. DURAND.

Evolution des troubles vasculaires cérébraux à l'exploration électro-encéphalographique (*Evoluzione di turbe vascolari cerebrali all'indagine elettroencefalografica*), par Camilla GRASSANO (d'Alessandria). (*Il Cervello*, 31^e année, n° 2, 15 mars 1955, p. 138-144).

L'auteur présente une intéressante observation de troubles vasculaires cérébraux chez une hypertendue qu'il a été possible de suivre par des examens électro-encéphalographiques répétés. Ceux-ci ont montré l'extension des perturbations électriques, d'abord unilatérales, ensuite bilatérales. Les ondes pathologiques observées du côté primitivement sain présentaient des potentiels supérieurs à ceux de l'hémisphère atteint primitivement. Cinq tracés électro-encéphalographiques.

V.-J. DURAND.

Nouvelles vues sur les confins entre psychasthénie et schizophrénie (*Nuove vedute sui confini tra psicoastenìa e schizofrenia*), par Giorgio PADOVANI (de Turin). (*Il Lavoro neuropsichiatrico*, vol. 14, fasc. 2, 1954, p. 359-410).

Dans ce rapport au congrès de psychiatrie de Varèse (6-9 mai 1954), l'auteur montre d'abord l'intérêt et les difficultés de l'orientation biologique en psychiatrie. Il passe en revue, de façon systématique, les données concernant les divers aspects biosomatiques de la schizophrénie et de la psychasthénie. Il y a des signes communs : fondement biosomatique de la personnalité ; des données présentes dans la schizophrénie et non dans la psychasthénie, liées au processus schizophrénique, enfin certaines, qui se différencient quantitativement dans les deux syndromes. Il serait intéressant d'identifier des signes biologiques précocement distinctifs. On peut admettre, chez un grand nombre de psychasthéniques et de schizophrènes, un radical biologique similaire avec signes d'immaturité et d'asthénie diencéphalique. Sur cette base peut se développer le processus schizophrénique avec modifications métaboliques, végétatives et, ensuite, histologiques. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Rapport psychologique entre la mère et le nouveau-né, par G. HEUYER (de Paris). (*Médecine et hygiène*, Genève, 13^e année, n° 289, 30 mars 1955, p. 119-120).

Dans cette conférence au congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Genève en 1954, l'auteur montre combien était insuffisante la conception, par certains pédiatres et puériculteurs, du nourrisson « comme un tube digestif ». La psychologie du premier âge est très complexe, subissant une influence marquée du milieu et, tout particulièrement, de la mère. La carence maternelle a de graves répercussions. C'est pourquoi la préparation à la maternité est un des éléments de l'hygiène mentale du futur nouveau-né. L'auteur décrit, à ce sujet, la technique judicieuse et complète utilisée à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du professeur agrégé Maurice Mayer. L'obstétricien intervient dans la préparation de la femme enceinte à sa maternité, pendant la période prénatale, pendant l'accouchement, enfin pendant la période post-natale immédiate, avec l'aide de plusieurs collaborateurs. L'atmosphère psychologique de la puerpéralité en est transformée. « L'obstétricien est devenu l'artisan initial d'une puériculture rationnelle, complètement humanisée par l'union de la technique et de la psychologie affective. »

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude d'un indice biotypométrique et de quelques-unes de ses corrélations somatiques et psychiques, (Contribuição as estudo de um índice biotipométrico e de algumas de suas correlações somáticas e psíquicas), par Otavio DE FREITAS JUNIOR (*Jornal de medicina de Pernambuco*, 50^e année, numéro du cinquantenaire, 1954, p. 9-27).

Etudiant, à l'aide de nombreux indices biotypométriques, 246 malades mentaux et 100 sujets normaux, l'auteur et ses collaborateurs ont pu trouver des corrélations significatives autour du pôle pycnique (tendance négative à la schizophrénie, aux syndromes dépressifs, aux psychonévroses) et au pôle leptosome (tendance positive à ces affections mentales). Des comparaisons sont faites avec les conceptions classiques, en particulier celles de Kretschmer et d'Eysenck. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Maladie de Bourneville (Enfermedad de Bourneville), par F. RAMIREZ et Juan C. REY (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19^e année, n° 109, janvier-février 1954, p. 3-15).

Les auteurs décrivent un cas de maladie de Bourneville chez un sujet de 26 ans, avec adénomes sébacés, idiotie, épilepsie. Comme particularités cliniques, on peut citer une acrocyanose marquée des pieds avec pied bot équin rappelant un syndrome décrit par Touraine. A propos de leur observation, les auteurs rappellent l'essentiel de cette affection, qui frappe 0,66 % de la population de l'hospice des arriérés de Londres, d'après Wilson.

V.-J. DURAND.

Troubles du comportement chez l'enfant : corrélations cliniques et électro-encéphalographiques (étude de vingt cas), par Jean DELAGE. (*Laval médical*, Québec, vol. 19, n° 7, septembre 1954, un extrait de quatorze pages).

L'auteur présente vingt cas d'enfants coléreux et impulsifs, ayant des tracés électro-encéphalographiques pathologiques. Ce qui prédominait à titre d'anomalies était la grande quantité d'ondes lentes, avec parfois des décharges paroxystiques d'allure typiquement comitiale. Les facteurs héréditaires, acquis et sociaux qui contribuent à expliquer l'apparition du syndrome sont rapidement évoqués. Dans la discussion de cette communication, le Dr Charles-A. Martin fait remarquer qu'on peut envisager les troubles de ces enfants comme des manifestations d'épilepsie psychique, d'épileptoïdie ou d'immaturité fonctionnelle. Quatre tracés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Jumeaux et hérédité, par E. GUYÉNOT, professeur à l'Université de Genève. (*Médecine et hygiène*, Genève, 13^e année, n° 287, 10 mars 1955, p. 89-90 et n° 288, 20 mars 1955, p. 107-108).

Montrant la plus grande difficulté, chez l'homme, de l'étude des problèmes de l'hérédité, l'auteur insiste sur l'intérêt des jumeaux et surtout des jumeaux univitellins. Il envisage, successivement, leurs ressemblances morphologiques, physiologiques, psychologiques, avant de passer aux possibles discordances dans le domaine pathologique, s'opposant à l'habituelle concordance ; les problèmes soulevés par différentes affections, y compris les psychoses, sont passés en revue. Tout cet exposé montre la nécessité d'une étude aussi complète que possible de tous les jumeaux et surtout des vrais jumeaux, en vue d'applications prophylactiques futures.

V.-J. DURAND.

Recherches sur quelques facteurs déterminant le choix dans le test de Szondi (Ricerche su alcuni fattori determinanti la scelta nel test di Szondi), par C. IANNUCELLI (de Reggio Emilia), (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 4, 31 décembre 1954, p. 863-872).

Ainsi que l'auteur l'a observé, il faut admettre dans le choix au cours du test de Szondi le rôle de la position spatiale des photographies. Certains sujets sont tentés de choisir les photographies extérieures, ou à droite, ou à gauche de la série. Si on modifie l'ordre des figures, le sujet aura tendance à préférer celles qui occupent une place déterminée. Il faut tenir compte de ce fait pour l'interprétation du test.

V.-J. DURAND.

Les encéphalites psychosiques (Las encefalitis psicosis), par Fortunato RAMIREZ. (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19^e année, n° 111, mai-juin 1954, p. 3-20).

L'auteur étudie systématiquement les encéphalites psychosiques, s'inspirant des travaux de Léon Marchand et ses élèves, envisageant successivement la symptomatologie, la position nosologique, le diagnostic différentiel, le

traitement, centrante sa description sur l'encéphalite psychosique aiguë hyperazotémique. Quelques opinions divergentes sont signalées. Une intéressante observation, très détaillée, est rapportée. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Troubles mentaux dans la défervescence d'une typhoïde traitée par la chloromycétine (Trastornos mentales en la defervescencia de una tifoida tratada con cloromicetina), par F. RAMIREZ, H. GARBARINO et O. ALFONSO METHEL. (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19^e année, n° 112, juillet-août 1954, p. 5-14).

Un typhique de 34 ans, ayant reçu 48 gr. de chloromycétine, après une phase d'apyrexie, a un accès fébrile avec agitation, agressivité, confusion mentale ; la pénicilline améliore la symptomatologie, mais une rechute survient, d'allure encéphalitique. A propos de cette observation, les auteurs rappellent quelques cas signalés dans la littérature et discutent le mécanisme de ces accidents.

V.-J. DURAND.

Les problèmes de développement somatique et psychique (Os problemas de desenvolvimento somático e psíquico), par J. ALVES GARCIA (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 4, 1954, p. 416-428).

Dans le développement de l'enfant, l'auteur décrit les diverses étapes évolutives, exposant les problèmes cliniques et psychologiques correspondant à chaque âge. Certaines déviations organiques et psychiques, surtout celles liées à des dysrythmies, sont envisagées. Les facteurs exogènes apparaissent très importants, comme le montrent le syndrome encéphalopathique de l'enfant hospitalisé et les syndromes psychologiques de l'hospitalisé et de l'enfant adopté. L'auteur décrit les critères pour apprécier l'âge réel, l'âge mental, l'âge ludique. Cette dernière notion est très importante.

V.-J. DURAND.

Difficultés de la lecture (Leseschwierigkeiten), par Cilli SCHWARZ (de Zürich). (*Pro Infirmis*, Zürich, n° 12, 1953-54, p. 380-387).

Il faut distinguer la légasthénie pure, survenant chez des enfants d'intelligence normale et la pseudo-légasthénie, associée à une oligophrénie ou à des troubles psychiques divers. Bien que la séparation des deux formes soit indiquée, le traitement du trouble de la lecture est sensiblement le même. La meilleure méthode à appliquer est celle de la lecture globale. Ses résultats sont assez favorables.

V.-J. DURAND.

Anomalies psychosomatiques dans l'appareil génital féminin (Anomalias psicossomáticas no aparelho genital feminino), par J. ALVES GARCIA. (*Medicina, cirurgia, farmacia*, Rio de Janeiro, n° 222, octobre 1954, p. 449-461)

L'auteur, qui considère les troubles psychosomatiques comme des névroses de conversion, les interprète selon le schéma des névroses réactionnelles et

la théorie de Selye. Il envisage successivement les troubles de la menstruation et particulièrement les aménorrhées, la grossesse nerveuse, puis les dysménorrhées dysthymiques, ensuite la dyspareunie, l'anhédonie, les parés-thésies et les prurits, les leucorrhées, la lactation, les syndromes d'inadaptation à la grossesse. Tous ces problèmes sont envisagés en s'appuyant sur les données récentes de la pathologie générale, de la médecine psychosomatique et de la psychanalyse. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les caractéristiques cliniques et sur la pathogénie des troubles psychiques dans les tumeurs frontales (Sulle caratteristiche cliniche et sulla patogenesi dei disturbi psichici nei tumori frontali), par Giovanni MANNIRONI (de Pise). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 4, 31 décembre 1954, p. 735-758).

Rappelant les travaux classiques et récents sur les troubles mentaux des tumeurs frontales, l'auteur décrit quinze cas personnels. Dans l'ensemble, il n'y a pas de symptomatologie psychique pathognomonique, le syndrome mental revêt les caractères d'un état d'affaiblissement mental. Il tente aussi d'analyser les rapports entre la phénoménologie psychique d'une part, l'hypertension endocranienne et le type histologique de la tumeur, d'autre part. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Normalité. Névrose. Psychose. Psychopathie. (Normalidade. Neurose. Psicose. Psicopatia), par Iracy DOYLE. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 4, 1954, p. 396-415).

La normalité, au point de vue mental, doit s'appuyer sur la notion de maturité psychologique. L'auteur décrit les éléments de cette maturité. L'absence de développement complet de la personnalité, l'immaturité est la condition primordiale de la névrose, de la psychose et de la psychopathie. Dans la névrose, il y a trouble d'adaptation, mais le sentiment de la réalité est conservé ; ce sentiment disparaît, au contraire, dans les psychoses où la réalité subit une déformation grossière. Ce qui caractérise, enfin, le psychopathe, c'est l'incapacité de sacrifice ou même de l'ajournement des propres désirs. La satisfaction de ces derniers est recherchée sans tenir compte d'aucune considération. Dans l'ensemble, l'auteur s'inspire largement, pour sa description, des conceptions psychanalytiques.

V.-J. DURAND.

Le psychanalyste devant l'art contemporain, par Franz ALEXANDER (de Chicago). (*L'Encéphale*, tome 44, n° 1, 1955, p. 26-45).

Les principaux caractères de la peinture moderne sont : l'absence complète d'objets réels ou leur déformation radicale dans la représentation, la tendance au fantastique, au mystique et au symbolisme onirique, l'emploi d'une perspective primaire ou de plusieurs perspectives mélangées. Tout cela traduisant le refus du monde perçu par nos sens et son remplacement

par un monde recréé. Cette récréation, en réalité, s'est vue à toutes les époques, le grand artiste reproduisant le sujet dans son essence et visant à la figuration de l'universel. L'auteur montre la rupture apportée dans le domaine de l'esthétique par la guerre de 1914 et le remaniement qu'elle détermina dans l'échelle des valeurs. L'inconscient, l'irrationnel, les productions oniriques, les pulsions instinctives sont au premier plan. L'artiste rompt avec un monde qu'il considère comme mauvais et laid. Le rôle de la psychanalyse est essentiel pour la compréhension de l'art contemporain. S'agit-il d'une rupture définitive avec les tendances traditionnelles depuis la Renaissance ? On peut plutôt penser à une phase de passage avant une nouvelle communication plus réaliste du peintre avec le monde. C'est ce que certains éléments laissent présager.

V.-J. DURAND.

Les séquelles de la neuro-coqueluche et de la coqueluche précoce non compliquée, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Le journal de médecine de Lyon*, 20 août 1954, p. 653-659).

L'auteur rapporte 24 observations d'enfants présentant une neuro-coqueluche. Il compare les données de l'examen à celles de 200 enfants ayant eu une coqueluche précoce non compliquée. Dans les deux groupes, les troubles caractériels sont très fréquents, de même que l'arriération (surtout dans la première série). Très souvent, les enfants du second groupe ont des perturbations superposables à celles des neuro-coqueluches. Pratiquement, les problèmes de thérapeutique médicale et psycho-pédagogique sont identiques. Le pronostic n'est pas différent, dans l'ensemble. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La pneumo-encéphalographie chez l'alcoolique, par PIERSON et KIRCHER (de Casablanca). (*Revue neurologique*, t. 90, n° 5, 1954, p. 673-676).

Se basant sur l'étude de 18 cas d'alcooliques, les auteurs montrent que l'hydrocéphalie interne, observée dans 16 cas, n'est pas la conséquence de la toxicomanie. Elle serait une des causes déterminantes. L'atrophie corticale, surtout fronto-préfrontale, est seule caractéristique de l'intoxication éthylique personnelle ou héréditaire. Plus l'atrophie corticale est marquée, moins la possibilité de désintoxication subsiste avec une certaine efficacité. Dans l'ensemble, il n'y a pas de rapport apparent entre l'aspect des rythmes corticaux électro-encéphalographiques et les images pneumo-encéphalographiques. En général, le rythme de base est autour de 9 cycles-seconde, de faible amplitude.

V.-J. DURAND.

Névroses réactionnelles (Neuroses reacionais), par J. ALVES GARCIA. (*O hospital*, Rio de Janeiro, vol. 46, n° 1, juillet 1954, p. 13-32).

Ce fut Kræpelin qui donna une définition claire des névroses réactionnelles en décrivant les symbantopathies ou Schicksalpsychosen. L'auteur analyse les événements et situations pouvant déterminer de tels troubles, qui sont

plus des névroses que des psychoses. Rappelant la pathogénie de ces névroses, il décrit les méthodes physiologiques et psychologiques qui permettent de les étudier, puis propose une classification des anomalies réactionnelles, distinguant : réactions dysphoriques (souvent anxieuses), réactions hystériques, réactions paranoïdes, réactions amentiales, réactions situationnelles, réactions psychosomatiques, réactions épithymiques (névrose de rente, sinistrose). Le problème des relations avec la réaction d'adaptation de Selye est évoqué. Bien que la solution pratique des névroses réactionnelles soit souvent difficile à obtenir, l'auteur se montre, dans l'ensemble, assez optimiste au point de vue thérapeutique. Trois figures (phénomènes psychosomatiques). Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Syndromes rhumatismaux avec revêtement psychogène (Sindromes reumaticos con revestimiento psicogeno), par S. MONTERRAT et L. SOMS SOLA. (*Anales de medicina*, Barcelone, medicina, vol. 41, n° 1, janvier 1955, p. 142-14).

Les auteurs présentent deux observations intéressantes : la première concernant une jeune fille de 18 ans, avec signes rhumatismaux importants et association d'un tableau psychique de refuge dans la maladie, pour des raisons affectives ; la seconde, chez une femme de 36 ans, montrant un syndrome de rhumatisme psychogène. La prise en considération de l'aspect mental des troubles amena la guérison par la suggestion. A propos de ces cas, les auteurs rappellent combien est importante la part psychogène dans les différentes formes de rhumatismes. Il faut s'éloigner d'un point de vue étroitement organiciste et s'inspirer des méthodes d'examen de von Weizsacker. Cela peut permettre de nombreuses guérisons dans des cas apparemment rebelles.

V.-J. DURAND.

Sur le thème de la pensée déréistique (In tema di pensiero dereistico), par Franco BASAGLIA (de Padoue) (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 87-108).

Après avoir envisagé, du point de vue anthropo-phénoménologique, la conception du réel, l'auteur interprète la pensée déréistique, différemment de la description originale de Bleuler. Il pense que la pensée déréistique ne peut être considérée comme une pensée détachée du réel, mais plutôt comme faisant partie intégrante de la nouvelle personnalité créée chez le sujet par le processus morbide. De nombreux rappels sont faits des travaux de Minkowski, Berze, Wyrsh. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Nouveaux aspects médico-sociaux dans les maladies mentales (Nuovi aspetti medico-sociali nelle malattie mentali), par A. M. FIAMBERTI. (*Minerva medica*, 45^e année, vol. 1, n° 44, 2 juin 1954, extrait de seize pages).

Rappelant, dans sa communication au 4^e congrès national de médecine sociale, tenu à Milan en novembre 1953, la persistance de certains préjugés

concernant les maladies mentales, l'auteur montre l'importance actuelle du problème psychiatrique. L'accroissement constant du nombre des malades dans les différents pays n'est pas compensé par les grands progrès de la thérapeutique. Le développement des organisations d'hygiène mentale est un élément essentiel de la lutte contre un fléau social redoutable. En Italie, la loi sur les aliénés datant de 1904 est souvent un obstacle pour la bonne marche de la prophylaxie mentale. L'auteur souhaitant une réforme de la législation actuelle, fait d'intéressantes suggestions pour l'établissement de services rationnels d'hygiène mentale, en rapport avec la gravité et l'ampleur du péril à combattre.

V.-J. DURAND.

Etude clinique des états crépusculaires (Estudio clinico de los estados crepusculares), par Carlos R. PEREYRA et Mauricio GOLDENBERG. (*Acta neuropsiquiatrica argentina*, vol. 1, n° 2, janvier 1955, p. 209-219).

Etat crépusculaire, confusion mentale et onirisme constituent les trois formes fondamentales des troubles globaux de la conscience. Les états crépusculaires débutent, en général, brusquement. Ils peuvent se prolonger, se rapprochant du délire. L'amnésie lacunaire est habituelle. La persistance des actes automatiques peut induire en erreur. Les causes sont nombreuses : épilepsie, hystérie, affections psychogènes, psychose maniaque-dépressive, schizophrénie, délire chronique, lésions organiques du cerveau, toxi-infections graves, affections cérébrales post-traumatiques. Cet état de conscience est une forme universelle de réponse de l'encéphale à des stimulus nocifs variés. Dans les tableaux organiques et toxiques, il prend l'aspect du syndrome obligé de Sterz ; dans les processus psychogénétiques et chez les personnalités psychopathiques, c'est un « syndrome facultatif » ou pathoplastique.

V.-J. DURAND.

Implication pédiatrique des problèmes de conduite. Aspect neurologique (Enfoque pediátrico de los problemas de conducta. Aspecto neurológico), par F. ESCARDO et M. TURNER (de Buenos-Aires). (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 2, juin 1954, p. 195-234).

Comme le montrent les travaux anatomo-physiologiques, rappelés par les auteurs, les mécanismes de l'émotion se produisent dans le rhinencéphale et l'hypothalamus. Les altérations du diencephale provoquent des troubles psychiques et émotionnels. Diverses modifications électro-encéphalographiques sont fréquentes pendant l'émotion ainsi que dans les troubles mentaux et ceux du comportement. On aurait, en particulier, l'abondance du rythme thêta temporal chez les sujets présentant des perturbations de la conduite. Parfois sont constatés des grapho-éléments révélant l'épilepsie. Quinze observations concernant des enfants sont rapportées. Douze figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude génétique de l'oligophrénie phénylpyruvique (Contributo allo studio genetico della oligofrenia fenilpiruvica), par E. MEREGALLI et P. LARRICCHIA BERETTA (de Milan). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 3, 30 septembre 1954, p. 631-639).

De l'examen de quinze familles, les auteurs concluent à l'hérédité de l'oligophrénie phénylpyruvique avec caractère récessif. Il serait intéressant de rechercher, chez les parents et les collatéraux des malades, les éléments de la triade symptomatique : oligophrénie, faible pigmentation de la peau, des cheveux et des iris, enfin trouble métabolique avec excrétion urinaire d'acide phénylpyruvique. Trois cas sont décrits avec arbre généalogique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Tétanie (Tetanija), par J. MATOVINOVIC, M. JOVALEKIC et N. KOVACIC. (*Neuropsychiatrija*, Zagreb, vol. 2, n° 3, 1954, p. 121-132).

De 1949 à 1953, à la section d'endocrinologie de l'école de médecine de Zagreb, furent observés quatorze cas de tétanie post-opératoire, un de tétanie idiopathique, un de pseudohypoparathyroïdisme et sept avec tétanie par hyperpnée. Le syndrome d'hyperventilation est très fréquent, mais le mécanisme physiopathologique en est souvent mal compris. Les malades sont traités pour neurasthénie, hyperthyroïdie, cardiopathie. Pour éviter ces erreurs de diagnostic, les auteurs font une revue de la question.

V.-J. DURAND.

L'électrodermogramme (E. D. G.) comme technique d'étude de la réponse émotionnelle périphérique : réflexe psycho-galvanique (El electrodermograma (E. D. G.) como tecnica de estudio de la respuesta emocional periférica : reflejo psico-galvanico), par M. TURNER. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 2, juin 1954, p. 235-239).

L'auteur montre l'intérêt de l'enregistrement polygraphique du potentiel cutané (électrodermogramme) et ses variations par des stimulations affectives (noms de personnes, menaces, surprise, excitations douloureuses, etc...), comme technique permettant d'étudier la réponse émotive périphérique (réflexe psycho-galvanique). Des exemples sont rapportés, illustrés de quatre figures.

V.-J. DURAND.

Sur le concept d'inconscient (Zum Begriff des Unbewussten), par Gottfried ROTH (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 4, n° 3, septembre 1954, p. 154-161).

Nombreuses sont les acceptions du terme d'inconscient. L'auteur en rappelle quelques-unes : Freud, Siebenthal et Driesch, Baruk, Schultz-Henke, V. E. Frankl, Szondi, Jung. Les sens divers du mot vont d'une exactitude scientifique à une hypothèse de travail, du physiologique au philosophique, de l'individuel au collectif, du personnel à l'instrumental, de l'instinctif au moral, du purement automatique au plein de responsabilité.

Aucun auteur n'a pu obtenir une définition suffisamment large pour englober la multiplicité des aspects et des points de vue de l'inconscient. Les opinions émises ne concernent qu'une partie de la question. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Aspect pathogénique d'un syndrome démentiel précoce. Maladie de Pick probable (Aspetto patogenetico di una precoce sindrome demenziale. Probabile malattia di Pick), par C. MATTIOLI-FOGGIA (de Pistoïe), (*Bolletino dell'Accademia medica pistoiese Filippo Pacini*, 26^e année, 1955, un extrait de 16 pages).

L'auteur rapporte un cas de syndrome démentiel apparu rapidement chez un homme de 51 ans et ayant entraîné une mort précoce. Les examens cliniques et complémentaires font penser à une maladie de Pick, mais il n'y a pas eu de vérification anatomique. Il semble possible à l'auteur de faire intervenir comme facteur causal, au moins accessoire, une atteinte vasculaire, liée à une cypho-scoliose. D'autre part, l'hérédité était chargée. L'application d'un traitement tissulaire avait amené une amélioration passagère. Sept figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Influence de la grossesse sur les affections neurologiques, par Bernard WEIL. (*L'encéphale*, t. 44, 1955, n° 1, p. 57-87).

La grossesse est susceptible de modifier dans des sens divers les affections neurologiques. Les tumeurs cérébrales sont, dans l'ensemble, aggravées, mais on doit diviser, au point de vue évolutif, les néoformations en trois groupes : gliomes, méningiomes et neurinomes, tumeurs de l'hypophyse, tumeurs vasculaires. Les porphyries aiguës peuvent, parfois, être améliorées par la gestation. La myasthénie est tantôt aggravée, tantôt améliorée. La sclérose en plaques se montre habituellement peu influencée, tandis que la poliomyélite est nettement plus grave et plus fréquente chez la femme enceinte, de même que la chorée. Pour la maladie de Parkinson, il n'y a pas d'influence réciproque, mais si la grossesse survient dans la phase post-encéphalitique, elle porte à 80 % le nombre des cas passant au parkinsonisme. Les relations entre grossesse et épilepsie sont variables et discutées. Si quelques conclusions thérapeutiques peuvent être obtenues, il reste encore beaucoup à faire pour élucider les mécanismes pathogéniques et les modifications endocriniennes responsables du retentissement sur les affections neurologiques étudiées. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le test de Rorschach dans l'épilepsie. III Recherches personnelles, par J. DELAY, P. PICROT, T. LEMPÉRIÈRE et J. PERSE. (*L'encéphale*, t. 44, 1955, n° 1, p. 46-56).

D'une étude du test de Rorschach chez 50 épileptiques adultes (35 hommes, 15 femmes), les auteurs concluent : les signes épileptiques et les signes organiques de Piotrowski, les seconds surtout, permettent le diagnostic posi-

tif de la maladie ; à côté de cette composante organique de la personnalité épileptique, il faut connaître une seconde dimension opposant deux types différents : coarté et extratensif. La coartation habituelle des épileptiques idiopathiques peut être un mode d'adaptation satisfaisant en face de la maladie ou être liée à une localisation particulière des troubles cérébraux. L'extratensivité traduit une adaptation de moins bonne qualité. Elle s'observe surtout chez les épileptiques traumatiques et les épileptiques temporaux psychomoteurs. La personnalité comitiale n'est pas univoque. Elle correspond à des traits traduisant la pathologie organique et à d'autres liés à l'étiologie et à la localisation. Il s'y ajoute aussi un élément névrotique correspondant à la réaction du sujet à sa maladie. Le test de Rorschach est un très bon moyen d'investigation à ce sujet.

V.-J. DURAND.

Les concepts de santé, de maladie et de thérapeutique (The concept of health, disease and therapy), par Kurt GOLDSTEIN. (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 8, n° 4, octobre 1954, p. 745-764).

Rappelant quelques-unes de ses conceptions, en particulier celle de la réaction catastrophique, l'auteur cherche à préciser la notion de santé ; celle-ci n'est pas seulement une condition objective comprise par les méthodes des sciences naturelles. C'est une valeur, c'est la capacité de l'individu à actualiser ses potentialités au degré qui est essentiel à ses propres yeux. La maladie est une diminution de valeur, une baisse des possibilités de réalisation personnelle. Quant à la thérapeutique, son but est, sinon de guérir, du moins de rendre la vie digne d'être vécue, selon les vues du malade. Exposant les principes de la psychothérapie, l'auteur montre que si le transfert peut être utile, la névrose de transfert est un obstacle qui retarde la guérison. Les problèmes du transfert chez les schizophrènes et de la résolution des états de tension par la psychothérapie sont évoqués. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Valeur et limites des données et des hypothèses sur la tendance à la couleur ou à la forme (Valore e limiti di dati e di ipotesi sulla tendenza al colore od alla forma), par Ennio ALTEA (de Cagliari). (*Rivista sperimentale di psichiatria*, vol. 78, fasc. 4, 31 décembre 1954, p. 759-782).

L'âge, le sexe, le type constitutionnel caractérologique, le degré de culture et de condition sociale, l'intelligence, l'affectivité, sont des facteurs intervenant dans la tendance à la couleur ou à la forme. Cependant, à un examen critique, les hypothèses formulées à ce sujet sont provisoires. De plus complètes recherches sont nécessaires avant de conclure. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Shakespeare et ses connaissances en médecine, par A. et P. PLICHET. (*La Presse médicale*, n° 86, 25 décembre 1954, p. 1845-1849).

Les troubles psychiques sont nombreux dans l'œuvre de Shakespeare : délire de jalousie d'Othello, hétérophrénie d'Ophélie, démence sénile du Roi

Lear, sentiment de culpabilité de Lady Macbeth, mélancolie d'Hamlet, délire érotique de Titania, mélancolie stuporeuse de Périclès, misanthropie de Timon d'Athènes, obsession hystérique de Cassandre, dépression simple chez Jacques le mélancolique (dans « Comme il vous plaira »), névrose chez Constance (dans « le Roi Jean »), alcoolisme dans Falstaff et chez la nourrice de Juliette, dégénérescence chez Caliban.

V.-J. DURAND.

Psychesthésies. Connexions intrapsychiques. Leur importance en psychopathologie (Psichestesie. Connessioni intrapsichiche. Loro importanza in psicopatologia), par Gaetano BOSCHI (de Modène). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1017-1022).

L'auteur appelle l'attention sur le caractère unitaire de la personnalité psychopathique et sur la fonctionnalité fondamentale de la coordination. Les psychesthésies et les diverses connexions intrapsychiques sont très importantes. Leur rupture constitue une condition psycho-pathologique fondamentale. On peut étudier et interpréter dans ce sens quelques phénomènes psychologiques et psycho-pathologiques comme la conscience, la volonté, l'affectivité, les instincts, la pathophobie, les fabulations, les hallucinations et les délires.

V.-J. DURAND.

Évaluation de la superstructure psychique des symptômes somatiques (Evaluation of psychic superstructure of somatic symptoms), par Irvin NEUFELD (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 9, n° 1, janvier 1955, p. 27-42).

L'évaluation correcte des symptômes somatiques et psychiques coexistant est une condition essentielle du traitement des malades. Il faut éviter certaines erreurs d'appréciation et adopter un point de vue holistique. On peut obtenir une meilleure compréhension de la superstructure psychique des symptômes somatiques. Elle est facilitée si on considère que chaque sujet présente une corrélation directe entre les stress d'intégration et les objectifs qu'il veut atteindre, ainsi que les obligations et les obstacles du milieu. On peut utiliser la notion de quotient de stress, qui exprime les rapports des différents facteurs en cause. Il est avantageux d'appliquer des principes téléocausalistes dans l'étude de la superstructure psychique de symptômes somatiques.

V.-J. DURAND.

Les névroses, processus de rationalisation secondaire à une perturbation neuro-végétative (Las neurosis. proceso de racionalizacion secundario a una perturbacion neuro-vegetativa), par Isidro MAS DE AYALA. (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, t. 17, n° 4, décembre 1954, p. 448-455).

Dans les mécanismes des névroses, ce qui est primitif, c'est une altération du système réticulaire ascendant. Secondairement, à la suite d'une élaboration par rationalisation, se formerait une structure intellectuelle soutenue par le malade. Naturellement, parfois, une situation réelle de conflit aboutit

à l'apparition de la maladie et de l'anxiété. Les connexions cortico-thalamiques expliqueraient le mécanisme d'action des agents pathogènes intellectuels qui altèrent l'équilibre du système réticulaire. Les succès de la psychothérapie dans certains cas de névroses seraient rendus possibles par les mêmes voies. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le problème des complexes pointe-onde en électro-encéphalographie (Il problema dei complessi punta-onda in elettroencefalografia), par Gianfranco RICCI et Raffaello VIZIOLI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 181-203).

Les auteurs font une revue critique du problème des complexes pointe-onde. Ils montrent quelles peuvent être les équivoques et les erreurs entraînées par la conception de Gibbs d'assimiler des images électro-encéphalographiques à des faits cliniques. Ils rappellent l'opinion de Jasper à cet égard, beaucoup plus réservée et prudente. L'analyse de 105 cas permet une étude du rythme de fond, de la fréquence, du siège, des caractères morphologiques, de l'amplitude des complexes pointe-onde, ainsi que des foyers associés. Une nette prédominance des tracés atypiques a été constatée. 17 figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La régulation végétative dans les psychoses (Vegetativna regulacija Kod psihoja), par P. CEPULIĆ et V. ROGINA (de Zagreb). (*Neuro-psihijatrija*, Zagreb, vol. 2, n° 4, 1954, p. 213-220).

Chez 33 malades mentaux, les auteurs ont recherché les changements de la glycémie et du nombre des leucocytes après administration d'extrait surrénal et d'insuline. Chez 24 sujets, des réponses anormales furent observées pour un test au moins. Particulièrement sensibles ont été les psychoses aiguës ainsi que les états chroniques sans détérioration mentale. On peut mettre en évidence la possibilité d'isoler un type spécial de réaction autonome caractérisé par une contre-réaction autonome retardée et déficiente, lié avec un syndrome psychotique aigu et une tendance à la rémission spontanée ou thérapeutique. On peut signaler des analogies avec la notion des psychoses onéirophréniques, décrites par von Meduna. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La paranoïa. Considérations nosologiques et contribution clinique (La paranoia. Considerazioni nosologiche e contributo clinico), par Celso SANI (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1277-1292).

Comme le montre l'auteur dans un rappel historique, la paranoïa a subi une lente et continuelle évolution avant de devenir une psychose autonome. Cependant, l'accord ne s'est pas fait sur la délimitation nosologique exacte du syndrome, dont les tableaux cliniques sont différemment décrits et classés.

A titre d'exemple, l'auteur rapporte cinq observations caractéristiques. Il fait, à leur sujet, quelques considérations sur leur symptomatologie. Puis, il évoque les diverses hypothèses pathogéniques proposées par différentes écoles psychiatriques, critiquant en particulier la thèse psychanalytique, aux vues trop partielles. Le problème de la paranoïa demeure encore posé. Le débat n'a pas trouvé sa conclusion. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Etiologie de la délinquance juvénile, par AImand MULLER (de Lausanne). (*Gesundheit und Wohlfahrt*, revue suisse d'hygiène, 35^e année, n° 3, mars 1955, p. 89-102).

Nombreux sont les facteurs étiologiques de la délinquance. Parmi les principaux, il faut citer : comme facteurs endogènes, la débilité mentale et l'instabilité d'humeur ; parmi les exogènes, une vie familiale défectueuse et des relations extrafamiliales mauvaises. L'auteur étudiant la dynamique du délit met en relief le rôle d'une faiblesse du sur-moi. Le développement de ce dernier chez l'enfant, ses rapports avec l'évolution intellectuelle, sont rappelés. Quelques principes prophylactiques sont énoncés, parmi lesquels la nécessité d'une bonne structure familiale, qui pourrait prévenir bien des névroses et bien des délits. Ainsi pourra être obtenu un surmoi normal.

V.-J. DURAND.

Répercussion de la carence des soins maternels et de la vie collective sur le développement des jeunes enfants, par Monique EMERY (de Monthey). (*Gesundheit und Wohlfahrt*, revue suisse d'hygiène, 35^e année, n° 3, mars 1955, p. 103-106).

Confirmant les travaux antérieurs, une recherche faite dans des pouponnières du Valais a montré le retentissement néfaste de la carence de soins maternels sur le développement psychomoteur de jeunes enfants. Le retard s'accroît rapidement avec l'âge. Les réactions et le comportement lors de l'examen sont perturbés. Parmi les diverses fonctions, les plus troublées sont l'acquisition du langage et celle de la motricité. La connaissance de tels faits doit entraîner la réforme de régime des pouponnières, en tenant compte des besoins affectifs et psychologiques du petit enfant.

V.-J. DURAND.

Les névroses et psychoses anaphalliques dans la vie féminine (Le neurosi e psicosi anafalliche nella vita femminile), par Levi BIANCHINI (de Naples). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1047-1069).

En 1953, l'auteur avait décrit la névrose anagapique, due à l'absence de satisfaction du besoin d'être aimé. Il décrit maintenant la névrose anaphallique, propre à la femme, et liée au blocage complet et continu de toute satisfaction libidineuse. Cette névrose par carence forcée et prolongée peut provoquer de très graves troubles, à la fois du métabolisme physique et des

fonctions neuro-végétatives, dans les énergies instinctives, affectives, et le comportement. Elle peut mener à des situations pathologiques et psychopathologiques très sérieuses pouvant donner des syndromes dépressifs, hystériques, ou aboutissant au suicide. Quatre observations particulièrement démonstratives sont rapportées pour illustrer la description. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les calcifications intracrâniennes (Las calcificaciones intracraneas), par Gustavo ENDARA C. (*Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 9, janvier-mars 1955, p. 43-69).

Il existe deux types de calcifications intracrâniennes, visibles à la radiographie : les unes sont normales, localisées sur la glande pinéale, les plexus choroïdes, la faux du cerveau, les granulations de Paccioni, certaines zones de l'hypophyse, les vaisseaux cérébraux. Les autres sont pathologiques, s'observant principalement dans : les malformations vasculaires et les hémangiomes intracérébraux (notamment : maladie de Sturge-Weber), les anévrysmes artério-veineux et sacciformes, les gliomes et les tératomes, les méningiomes, la cysticercose cérébrale, les tuberculomes, les craniopharyngiomes, l'artériosclérose, la toxoplasmose, la sclérose tubéreuse de Bourneville. Indépendamment de la signification diagnostique des calcifications, l'auteur montre leur valeur pronostique. Treize figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Étude d'un groupe d'adeptes d'une secte religieuse, par J. DELAY, P. PICHOT, J.-F. BUISSON et R. SADOUN. (*L'encéphale*, tome 44, n° 2, 1955, p. 138-154).

À l'occasion de l'admission à la Clinique de Sainte-Anne d'une malade, disciple de l'église chrétienne universelle, les auteurs ont examiné 24 adeptes du christ de Montfavet. Certains ne sont que des passionnés, des « irréguliers de la pensée ». D'autres peuvent être vus comme des psychopathes ; ceci s'est observé dans six cas. Une fois, il s'est agi d'une malade ayant été antérieurement internée pendant dix ans pour syndrome délirant hallucinatoire à thème de persécution et d'influence. On retrouve généralement des préoccupations antérieures ou un comportement prédisposant. La conviction et la croyance en la doctrine affirmant que Georges Roux est le Christ revenu sur la terre et que la lecture de son message donne le don de guérison par imposition des mains, sont absolues. Ceci entraîne une modification du jugement, une imperméabilité à toute argumentation logique, une perte de l'autocritique, un comportement passionnel, de multiples conséquences professionnelles et familiales. Les inconvénients sociaux que peut provoquer l'attitude du disciple sont supportées par celui-ci « avec joie ». Le prosélytisme permanent n'est pas arrêté par les réactions du milieu.

V.-J. DURAND.

L'instabilité posturo-psychique chez l'enfant (L'instabilità posturo-psichica nel bambino), par Henri WALLON. (*Infanzia anormale*, fasc. 12, nouvelle série, mai-juin 1955, p. 203-215).

À côté des syndromes moteurs subchoréiques, asynergiques, et d'hypertonie réflexe, déjà étudiés par l'auteur, il est possible de décrire un syndrome qui avait été plus ou moins confondu avec les précédents. Après avoir rappelé les caractères des trois premiers tableaux cliniques, l'auteur précise les symptômes de la nouvelle forme dite d'instabilité posturo-psychique associant des troubles neurologiques, des modifications du comportement, des perturbations intellectuelles qui doivent être distinguées de certains états voisins. « Le syndrome d'instabilité posturo-réflexe est un exemple de l'unité qui tend sans cesse à s'établir ou à se rétablir par action et réaction réciproque entre les différents niveaux de l'activité nerveuse. »

V.-J. DURAND.

Problèmes de psychanalyse infantile (Problemi di psico-analisi infantile), par Benedetto BARTOLESCI et Adda CORTI. (*Infanzia anormale*, fasc. 12, nouvelle série, mai-juin 1955, p. 247-258).

Rappelant les discussions sur la possibilité d'un traitement psychanalytique chez l'enfant, les auteurs distinguent entre psychothérapie et psychanalyse, réservant ce dernier terme aux seules méthodes basées sur l'analyse du transfert. Ils indiquent les critères généraux permettant de poser les indications du traitement. L'âge évolutif peut être divisé en quatre périodes : d'analyse précoce, de latence, prépuberté, puberté. Pour chacune de ces phases, la technique psychanalytique doit présenter certaines particularités d'application.

V.-J. DURAND.

Collaboration entre psychiatre (psychiatre de l'enfance et de la jeunesse) et éducateur dans le foyer pour enfants difficiles (Zusammenarbeit zwischen Psychiater (Kinder-und Jugend psychiater) und Erzieher im Erziehungsheim für Schwererziehbare), par E. MÜLLER (de Reinach). (*Pro Infirmis*, Zürich, 13^e année, n° 11, 1^{er} mai 1955, p. 313-323).

L'auteur, lui-même éducateur et directeur du foyer d'enfants difficiles « Erlenhof », montre la nécessité, pour obtenir de bons résultats, de rechercher une collaboration étroite et constante entre pédopsychiatre et pédagogue. Mais il ne nie pas les difficultés de la tâche, les oppositions possibles, les incompréhensions, les heurts, les conflits, les empiétements réciproques. Il souhaite que chacun puisse admettre le point de vue de son collaborateur. Il en est de même d'ailleurs pour le psychologue clinicien, dont les fonctions sont très délicates et doivent être nettement délimitées.

V.-J. DURAND.

Psychiatrie et droit pénal (Psihijatrija i kazneno pravo), par R. TURCIN (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, n° 4, 1954, p. 248-256).

Après un historique du droit pénal avec exposé des diverses tendances sur les notions de culpabilité, de pénalité, d'imputabilité, cette dernière particulièrement importante, l'auteur aborde ensuite la question des expertises psychiatriques. Il faut trancher non seulement le problème de l'imputabilité, mais aussi préciser l'avenir du délinquant. Le rôle de l'expert est extrêmement délicat malgré les progrès de la psychiatrie. L'école néo-classique de droit pénal traverse actuellement une crise. L'auteur précise que les conceptions de certains psychiatres au sujet de l'imputabilité peuvent être préjudiciables à la défense sociale en étouffant le sentiment de la responsabilité. Ce dernier existe même chez les délinquants les plus graves. Il est considéré par beaucoup d'auteurs comme la base de la correction des fauteurs de délits.

V.-J. DURAND.

Naissance et déviations morbides de la création artistique, par H. AUBIN. (« *La palette* », revue de la Société des artistes d'Auvergne, Clermont-Ferrand, 1955, un extrait de huit pages).

L'auteur montre dans quelles conditions s'est développée dans le milieu artistique une réaction contre le conformisme et la tradition. Rappelant l'opposition entre les attitudes apollonienne et dionysienne, il s'attache plus particulièrement à cette dernière. Elle se ramène au langage des émotions, qui est un langage magique. Ceci est particulièrement important, car « le langage de l'émotion se trouve être le même que celui des primitifs, des aliénés et des enfants » pour les « artistes qui se refusent à une production purement intellectuelle ou technique ». Sont alors étudiés : l'art primitif et ses créations actuelles, les dessins d'enfants qui permettent d'éclaircir certains faits de la naissance de l'œuvre d'art ; enfin, les productions pathologiques, retour fréquent aux stades archaïques. L'art authentique apparaît bien comme une magie, mais aussi comme un moyen de traduire l'inexprimable.

V.-J. DURAND.

Le dosage d'alcool dans le sang des malades mentaux, par G. HEUYER et Mme J. LUQUET-PARAT. (*La revue de l'alcoolisme*, 8^e année, janvier-mars 1955, p. 197-200).

Chez 101 malades envoyés à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police, avec le diagnostic d'alcoolisme aigu, subaigu ou chronique, une prise de sang a été faite, avec dosage de l'alcool, dans un délai de une heure à 24 heures après la dernière absorption de boisson. Dans 71 cas, le taux était normal, dans 29 il était anormalement élevé, dépassant 0 gr. 50 par litre et atteignant parfois 3 à 4 grammes. Les détails des recherches montrent l'importance d'un examen précoce. Celui-ci, qui pourrait suivre une prise de sang pratiquée au commissariat, permettrait d'obtenir des résultats plus précis et de mieux étudier les relations entre le degré de l'intoxication et l'existence d'une psychose associée.

V.-J. DURAND.

Panorama de l'épilepsie (Panorama de la epilepsia), par Hugo LEA-PLAZA et Rodolfo NUNEZ (de Santiago). (*Revista chilena de neuropsiquiatria*, tome 3, n° 2, décembre 1954, p. 269-286).

Rappelant la valeur des recherches électro-encéphalographiques, des enquêtes familiales, des études génétiques dans le domaine de l'épilepsie, les auteurs décrivent l'essentiel de ce qu'il faut savoir sur cette affection. Ils envisagent successivement les symptômes des épilepsies généralisées (grand mal, petit mal, épilepsies myocloniques, épilepsies végétatives, épilepsie striée), puis des épilepsies focales, évoquant quelques travaux récents et s'arrêtant particulièrement aux formes temporales de délimitation nosologique et de classification encore discutées. Puis sont considérés le caractère des épileptiques, les rapports du mal comitial avec l'hystérie et la tétanie, enfin le traitement pour lequel aux prescriptions médicamenteuses doivent être jointes des règles de régimes et une utile psychothérapie de soutien. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Résultats thérapeutiques de l'association neuro-ganglioplégiques-barbituriques et électrochoc dans quelques maladies mentales (Risultati terapeutici dell'associazione neuro-ganglioplegici-barbiturici ed elettrochock in alcune malattie mentali), par Clelia FIORE (de Lecce). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 9, n°s 1-2, janvier-avril 1955, p. 85-98).

L'auteur rapporte les résultats obtenus chez cinquante malades par le 4560 R.P. associé aux barbituriques et, dans quelques cas, à l'électro-choc. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans les psychoses confusionnelles aiguës, dans les états d'excitation et dans les phases anxieuses des syndromes dépressifs. Au contraire, les psychoses paranoïdes et les délires hallucinatoires chroniques se sont montrés rebelles au traitement. Celui-ci a été bien toléré. Il apparaît constituer une méthode avantageuse, très utilisable en milieu hospitalier et donnant des résultats intéressants. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le problème nosographique des tics comme base d'une étude catamnastique (Il problema nosografico dei tic in base ad uno studio catamnastico), par G. BOLLEA et R. STRAZZERI (de Rome). (*Infanzia anormale*, fasc. 11, nouvelle série, mars-avril 1955, p. 137-145).

Après un bref historique, les auteurs rapportent les résultats de la catamnèse d'un groupe de sujets présentant des tics et réexaminés dix à vingt ans après la première visite. Il est possible de distinguer quatre types de tics : tics organiques (post-encéphalitiques, etc...), tics des enfants idiots et déments, tics non organiques à début précoce (5 à 6 ans) et présentant une pathologie familiale nette, l'évolution se faisant ordinairement vers une névrose obsessionnelle, enfin tics non organiques, à début tardif (9 à 11 ans), traduisant un trouble idéo-affectif de l'âge prépubère et disparaissant en général à la fin de la puberté. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur les progrès de la psychologie du langage et de la thérapeutique des troubles du langage (Über die Fortschritte der Sprachpsychologie und Sprachtherapie), par H. M. SUTERMEISTER (de Berne). (*Gesundheit und Wohlfahrt*, revue suisse d'hygiène, 35^e année, n° 1, janvier 1955, p. 1-26, et n° 2, février 1955, p. 49-62).

Etudiant tout d'abord la phylogénèse et l'ontogénèse du langage, rappelant les diverses théories émises à ce sujet, l'auteur envisage ensuite les trois fonctions fondamentales du langage. Ce sont l'expression, l'information, la présentation ; leurs rapports avec la syntaxe sont alors considérés. De très importants travaux de sémantique, de linguistique comparée ont précisé de nombreux points en ce qui concerne certaines conceptions. Dans le domaine de la pathologie, les aphasies par blessures de guerre, tumeurs cérébrales, confirment par leurs phénomènes de régression les théories gestaltistes de la hiérarchie psychique. La poésie elle-même peut être considérée comme représentant une régression « récréative », ludique. L'auteur termine par quelques propositions sur la thérapeutique des troubles du langage, la logothérapie, la bibliothérapie. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'illusion des sosies (L'illusione del sosia), par Danilo CARGNELLO et Angelo DELLA BEFFA (de Sondrio et Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 173-201).

A côté de l'illusion des sosies ou syndrome de Capgras, l'auteur envisage le délire de Frégoli, de Courbon et Fail, et le délire d'intermétamorphose de Courbon et Tusques. On sait que, dans le premier syndrome, assez rare, un malade mental ne reconnaît plus l'identité proprement personnelle d'un sujet qui lui était précédemment bien connu, bien qu'il reconnaisse que les traits physiques sont tout à fait identiques. Il pense qu'il s'agit d'un sosie. Les personnes intervenant dans le syndrome sont : le patient, l'alter (personne auparavant familière), l'alius (sosie). Il y a une vision particulière du monde dans laquelle les objets apparaissent durs, abstraits, tranchants. A l'aide de deux observations de cas purs d'illusion des sosies, les auteurs font une analyse psycho-pathologique et anthropo-phénoménologique. L'alius est éprouvé comme réel, inconnu (ou plutôt méconnu), mais aussi « juxtaposé », c'est-à-dire près du moi du malade. Cette dernière qualité correspond à la notion de « Ichnähigkeit » de Gröhle. Il est utile, pour bien connaître la personnalité de ces malades, de faire une étude à la fois anthropo-phénoménologique (au sens de D. Cargnello) et psychanalytique. D'intéressants progrès peuvent être obtenus pour bien pénétrer l'« Erlebnis » de sosie, en mettant à profit les conceptions des psychanalystes sur le problème des délires et leurs mécanismes de production. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Recherches sur l'expérience de la liberté à l'âge évolutif (Indagine sull'esperienza di libertà nella età evolutiva), par Roberto ZAVALLONI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 16^e année, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 123-160).

L'auteur cherche à définir, à l'aide d'exemples concrets, la manière selon laquelle se développe et s'affirme le sentiment de la liberté dans l'adoles-

cence et la jeunesse. Il s'est servi de documents personnels, sorte de narrations, provenant de sujets de nationalités anglaise, belge, française et italienne. Dans l'ensemble, on peut observer l'apparition d'un sens de la liberté de 11 à 14 ans et d'une véritable expérience de la liberté chez des adolescents de 14 à 20 ans. Certaines caractéristiques psychologiques peuvent être mises en évidence, en particulier en ce qui concerne les réactions en face de méthodes pédagogiques limitatives de la liberté. Certaines réflexions faites par les sujets examinés montrent la valeur éducative du choix volontaire dans la formation de la personnalité par le normal développement de la responsabilité. Au contraire, les procédés s'appuyant sur la contrainte, la restriction de l'autonomie de l'adolescent, sont très préjudiciables. D'intéressants fragments des textes rédigés par les sujets montrant les diverses modalités de formation de la notion de liberté. Quelques applications pédagogiques sont possibles. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur l'utilité de l'examen psycho-diagnostique avec un groupe de tests (Rorschach, Luescher et Koch) chez des malades mentaux [Sulla utilità dell' esame psicodiagnostico con un gruppo di tests (Rorschach, Luescher e Koch) in ammalati mentali], par Clelia FIORE (de Lecce). (*L'ospedale psichiatrico*, 22^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1954, p. 329-354).

Examinant 100 sujets dont 15 normaux, comme témoins, et 85 malades mentaux, avec les tests de Rorschach, de l'arbre de Koch et des couleurs de Luescher, l'auteur montre les résultats différents obtenus dans les divers syndromes psychiatriques. Ceci indique l'utilité, dans un but psycho-diagnostique, de l'étude contemporaine à l'aide de plusieurs tests au lieu d'un seul. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Troubles mentaux dans la sclérose en plaques (Disturbi mentali nella sclerosi a placche), par Virgilio DI SANSEBASTIANO (de Lecce). (*L'ospedale psichiatrico*, 22^e année, fasc. 3, juillet-septembre 1954, p. 227-240).

Faisant d'abord une révision de la question des troubles mentaux dans la sclérose en plaques, l'auteur rapporte ensuite dix observations personnelles. Les perturbations psychiques ont été variables : dépression, inquiétude, excitation psycho-motrice, idées de suicide dans quatre cas, asthénie dans un cas, symptômes schizophréniques dans deux, agitation confusionnelle chez un malade, troubles obsessionnels, puis psycho-sensoriels au stade initial de la maladie dans un cas. Une fois, enfin, l'état psychique fut sensiblement normal. Quelques considérations sont faites sur la pathogénie des troubles mentaux dans la maladie. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La situation de l'hygiène mentale (Der Stand der psychischen Hygiene), par H. HOFF et W. SPIEL (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 5, n° 1, mars 1955, p. 1-8).

Ayant parlé d'une crise actuelle de l'hygiène mentale, les auteurs montrent la difficulté de la tâche, l'ampleur et la multiplicité de ses devoirs. Indiquant

les principes sur lesquels elle doit se fonder, ils présentent quelques exemples : en particulier, dans le domaine des névroses, de l'alcoolisme, de l'éducation des enfants. Les conseils que doit formuler le médecin qui s'occupe d'hygiène mentale ont à s'appliquer à des groupes de plus en plus variés. Leur mise en pratique nécessite de nombreuses collaborations.

V.-J. DURAND.

La position à l'égard de réactions et de modalités anormales de comportement (Die Einstellung zu abnormen Reaktionen und Verhaltensweisen), par Ludwig AMBROZI (de Sienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 5, n° 1, mars 1955, p. 8-22).

L'auteur a cherché à connaître par un questionnaire (le sujet demeurant anonyme) la position de divers individus à l'égard de réactions thymiques et de certains actes antisociaux : suicide, perversions, meurtre, vol, alcoolisme. Sur la feuille d'examen, le sujet doit indiquer son âge, son sexe, sa profession, sa taille, son poids, et préciser sa réponse. L'analyse des résultats permet d'utiles conclusions, en particulier dans les différences entre sexes ou entre types constitutionnels. Par exemple, des tendances à la cruauté sont plus fréquentes chez les leptosomes ; les femmes sont plus facilement attachées affectivement à autrui, les hommes le sont davantage à une idée ; les individus illettrés ont vis-à-vis des réactions anormales une position particulière.

V.-J. DURAND.

Sur l'examen psychologique chez les délinquants (Sobre el examen psicológico en los delincuentes), par Julio ENDARA. (*Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 9, janvier-mars 1955, p. 3-24).

L'examen psychologique du délinquant doit compléter nécessairement l'enquête judiciaire, pour permettre de mieux comprendre les mécanismes et le déterminisme de l'acte anti-social. Il doit s'appuyer sur une étude systématique soignée pour laquelle divers tests se montrent d'une grande utilité. Mais il faut reconnaître que l'organisation pénitentiaire actuelle ne permet pas toujours d'atteindre le but souhaité. D'importants progrès sont encore à accomplir. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le social dans la psychothérapie de l'enfance (Lo social en psicoterapia de la infancia), par Mauricio KNOBEL (de Buenos-Aires). (*Archivos de criminología, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 9, janvier-mars 1955, p. 25-33).

De nombreux facteurs sont à considérer dans la personnalité de l'enfant : génétiques, constitutionnels psycho-organiques, acquis psycho-organiques. Il faut mettre en relief le facteur social, qui comprend lui-même plusieurs éléments : familial, scolaire, de coexistence ; ce dernier correspond à la vie

du malade dans ses aspects culturels, ambiantaux, économiques, politiques. La considération du point de vue social est essentielle pour tout traitement à base psychothérapique. Le rôle de l'assistante sociale est alors très important.

V.-J. DURAND.

Objet et tâche de la psychologie clinique (Objeto y tarea de la psicología clínica), par Oswaldo ROBLES (de Mexico). (*Archivos de criminología, neuropsiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 9, janvier-mars 1955, p. 34-42).

Rappelant et critiquant plusieurs autres définitions, l'auteur propose de considérer la psychologie clinique comme le type de psychologie qui a pour objet l'étude de la personnalité humaine concrète, manifestée dans la propre perspective de son comportement, en utilisant, pour atteindre ce but, la méthode clinique ou méthode de compréhension de l'individu, qui envisage le sens de la totalité réactive, considérée comme un effort d'accommodation existentielle. La tâche de cette discipline s'étend aux domaines médical, pédagogique, industriel, social, politique, où est nécessaire la connaissance compréhensive de la personnalité humaine concrète.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Le syndrome subjectif post-traumatique hybride commotionnel sympathique cervical postérieur, par G. AYMES. (*Marseille-Médical*, t. 92, n° 10, 1955, p. 611-619).

L'auteur rappelle les caractéristiques du syndrome de Barré-Liéou, en le rapprochant et en cherchant à le distinguer du syndrome subjectif post-commotionnel, dont il a été distrait dès 1925 par les auteurs strasbourgeois. Sa symptomatologie est maintenant bien établie, avec ses symptômes cardinaux (céphalées, troubles oculaires ou cochléo-vestibulaires) et secondaires ou associés, plus variables. Mais malgré tous les efforts d'analyse, la différenciation des manifestations attribuables à l'un ou l'autre syndrome est souvent extrêmement délicate ; les décisions expertales se ressentiront de cette difficulté dans la précision et de la fréquence des intrications de symptômes, d'où la note mise dans le titre de cet exposé sur le caractère souvent « hybride » de ces symptômes subjectifs.

J. ALLIEZ.

Sur les névrites expérimentales consécutives à l'administration par voie générale d'antigènes multiples adjuvants, par Y. POURSIÈS et J. TAMALET. (*Marseille médical*, t. 92, n° 10, 1955, pp. 628-632).

Les auteurs ont injecté le mélange de Kabat chez le cobaye et le chien et ont déterminé, vers la 5^e ou 7^e injection, un état nerveux grave et rapide-

ment fatal avec lésions histologiques rappelant l'encéphalomyélite disséminée humaine ou les encéphalites post-éruptives. Il faut, pour que la lésion soit réalisée, l'administration *simultanée* de deux substances antigéniques (tissu cérébral et bacilles tuberculeux). Le mécanisme physiopathologique de ces faits intéressants n'est pas entièrement élucidé. Sa nature allergique est très probable ; des facteurs enzymatiques locaux interviendraient pour libérer des substances de désintégration toxique déterminant la réaction inflammatoire. Les auteurs soulignent le grand intérêt de ces notions expérimentales pour comprendre la pathogénie des névrites humaines et spécialement des leuco-encéphalites péri-veineuses.

J. ALLIEZ.

Les anévrysmes de l'artère sylvienne, par J.-E. PAILLAS, J. BONNAL et J. PELLEGRIN. (*Marseille médical*, t. 92, n° 10, 1955, pp. 633-642).

La symptomatologie de ces anévrysmes est variée et dépend essentiellement de leur siège sur l'artère et des accidents de rupture du sac. L'hémorragie méningée est de loin la plus fréquente et détermine la consultation neuro-chirurgicale, les autres symptômes ayant surtout une valeur rétrospective. Les auteurs rapportent quatre observations d'hématome, avec interventions et trois heureux résultats. L'artériographie carotidienne a été « la clef de voûte du diagnostic » et a permis l'action thérapeutique ; l'électro-encéphalogramme fournit des signes indirects, utiles. Le traitement doit être actif, eu égard à la sévérité du pronostic ; les anévrysmes sylvien paraissent les plus graves parmi les anévrysmes intracrâniens. La date d'intervention ne peut être codifiée avec rigueur et les circonstances commandent souvent. En dehors de l'action sur l'hématome, l'attaque directe de la poche anévrysmale reste la méthode de choix mais la ligature du collet n'est pas toujours possible et il faut parfois se contenter d'une intervention « de réserve ».

J. ALLIEZ.

Délire de relation des sensitifs, par J. ALLIEZ. (*Marseille-Médical*, t. 92, 1955, n° 10, pp. 643-648).

Observation typique d'un cas clinique où se retrouvent tous les éléments du *sensitive Beziehungs Wahn*, tels qu'ils ont été décrits par Kretschmer. L'auteur souligne la rareté relative des cas authentiques de cette variété de délire de pronostic favorable publiés dans la littérature de langue française et insiste sur les caractères particuliers de ses conditions étiologiques, de son aspect clinique et de sa place nosographique.

L. R.

Polynévrites par isoniazide, par J. BOUDOURESQUES, NAVARRANE et L. MASSAD. (*Marseille médical*, t. 92, 1955, n° 10, pp. 649-652).

Les auteurs commentent deux cas de polynévrite observés par eux chez des tuberculeux après 30 gr. d'isoniazide dans un cas en deux mois, 110 gr. dans l'autre en six mois. Les observations publiées insistent généralement

sur l'importance de l'élément sensitif et l'analogie avec la polynévrite arsenicale, mais dans leurs deux cas, existaient des troubles moteurs importants. Le pronostic a été cependant favorable.

J. ALLIEZ.

Etude statistique des différentes variétés électro-chimiques d'épilepsie, par H. et Y. GASTAUT et J. et A. ROGER (*Marseille médical*, t. 92, 1955, n° 10, pp. 653-662).

Les auteurs colligent la proportion de cas d'épilepsie observés dans une statistique de 5.500 malades, étudiés par une équipe homogène au point de vue bioélectrique, suivant la classification de H. Gastaut (épilepsies généralisées, épilepsies partielles à expression locale ou diffuse), et dont ils n'ont retenu, pour des raisons de critère rigoureux et de calcul statistique, que 1.000 observations. Ils confirment l'importance numérique des épilepsies partielles à expression diffuse (épilepsie psychomotrice avec décharges temporales), qui groupent 62,7 % des cas, les épilepsies partielles à expression locale n'en totalisant que 9,8 % de l'ensemble, tandis que les épilepsies généralisées ne parviennent pas au tiers des cas : 27,5 %. Des données acquises relatives à l'âge d'apparition de l'épilepsie, il ressort que la quasi-totalité des épilepsies généralisées est diagnostiquée avant 30 ans tandis que les épilepsies psychomotrices avec foyer temporal sont moins fréquemment diagnostiquées dans la première et la seconde enfance, pour l'être ensuite en proportion sensiblement égale à tous les âges. Mais, dans l'ensemble, le début clinique précède le diagnostic électro-encéphalographique dans les deux variétés, cette discordance tenant au caractère rarement spécifique des tracés avant l'âge de 3 ans.

J. ALLIEZ.

Intérêt clinique de la recherche des troubles du schéma corporel au cours des hémiplésies vasculaires, par P. MOUREN (*Marseille-Médical*, t. 92, 1955, n° 10, pp. 663-667).

Les hémiplésiques droitiers par atteinte cérébrale droite présentent souvent un degré plus ou moins important d'asomatognosie ou d'anosodiophorie associé à leur hémiplégie gauche, sur l'importance desquels les auteurs insistent peu et que les médecins ont tendance à négliger. Cette altération du schéma corporel, où interviennent à la fois des facteurs neurologiques et surtout psychiques, a tendance à régresser le plus souvent mais peut persister. Liée pour M. Mouren, surtout à un désintérêt spécial, cette hémiasomatognosie particulière gêne considérablement la récupération motrice et l'auteur insiste sur son importance pronostique. Une meilleure connaissance de ces troubles du schéma corporel aura des conséquences pratiques considérables et permettra d'orienter la thérapeutique vers une prise de conscience plus parfaite des facteurs sensitifs et sensoriels proprioceptifs et extéroceptifs intervenant dans leur genèse. Les conséquences de cette recherche séméiologique ne sont donc pas seulement théoriques mais peuvent être fructueuses.

J. ALLIEZ.

Un cas de nystagmus rétractatoire avec enregistrement des secousses nystagmiques par l'électro-encéphalographe (Un caso di nistagmo retrattorio con registrazione delle scosse nistagmiche mediante l'elettro-encefalografo), par Carlo PERRIS (de Pavie). (*Il Cervello*, 31^e année, n° 2, 15 mars 1955, p. 131-137).

Après une rapide revue de la littérature sur les cas de nystagmus rétractatoire, l'auteur présente une observation personnelle dans laquelle il a obtenu l'enregistrement des déplacements antéro-postérieurs de l'œil par l'électro-encéphalographie. Le tracé montrait, au moment du nystagmus, des ondes lentes en dents de scie. La lésion causale était une atteinte tumorale de la région mésencéphalique. Trois figures.

V.-J. DURAND.

Hémiplégie cérébrale infantile par ramollissement sylvien total (Emiplegia cerebrale infantile da rammollimento silviano totale), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Il Cervello*, 31^e année, n° 2, 15 mars 1955, p. 99-116).

L'auteur rapporte une intéressante observation d'hémiplégie cérébrale infantile droite avec crises convulsives chez une enfant morte à 16 ans de tuberculose pulmonaire. L'autopsie montra une destruction presque totale de l'hémisphère gauche dans le territoire de l'artère sylvienne. Celle-ci était complètement obstruée à son origine par un thrombus organisé, en partie calcifié. Quelques considérations sont faites sur l'hémiplégie cérébrale infantile, les ramollissements sylviens, le mécanisme des troubles. Seize figures.

V.-J. DURAND.

Grave arachnoïdite spinale et encéphalique traitée par la streptokinase (Grave aracnoidite spinale ed encefalica trattata con streptochinasi), par P. ROVETTA (de Pavie). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 3, 30 septembre 1954, p. 641-650).

L'auteur décrit un cas d'arachnoïdite spinale et encéphalique avec quadriplégie flasque, atteinte des deux faciaux et syndrome liquidien de Froin. La nature tuberculeuse allergique est vraisemblable. Après traitement endorachidien par la streptokinase, commencé quatre mois après le début de la maladie, a été observée une rapide rémission des symptômes : motilité normale des nerfs craniens, des membres supérieurs et du tronc, diminution de la paraplégie. Une figure. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les lésions traumatiques du cerveau (As lesões traumáticas do cérebro), par Hugo NOETZEL (de Fribourg). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 3, n° 4, 1954, p. 429-438).

Dans les traumatismes fermés du crâne, le cerveau est atteint indirectement (coup ou contre-coup) avec lésions graves de l'encéphale entraînant la schizogryrie. Il y a surtout atteinte des lobes frontaux et temporaux et des

bulbes olfactifs. La distinction entre commotion et contusion se fonde seulement sur des critères cliniques, et non anatomo-pathologiques. Souvent, le traumatisme agit comme facteur déclenchant. Pour les traumatismes ouverts, la complication infectieuse est au premier plan. La méningite a été observée par l'auteur dans 37,7 % des cas de blessures ouvertes du crâne. La leptoméningite, dans 75 % des cas. La méningite directe peut être localisée et de bon pronostic. La méningite indirecte a son origine dans les ventricules avec pyoencéphale, épendymite et hydrocéphalie obstructive. Le tableau psychique et neurologique dépend du siège des lésions.

V.-J. DURAND.

Causalgie et lobotomie préfrontale (Causalgia y lobotomia prefrontal), par P. ARQUÉ CUIXART (*Anales de Medicina*, Barcelone, cirugía, vol. 41, n° 1, février 1955, p. 58-62).

Une femme de 48 ans, à la suite d'une fracture de l'auriculaire gauche, présente des phénomènes douloureux très intenses de type causalgique, ayant nécessité plusieurs interventions (amputation du doigt, résection d'un névrome du cubital, infiltration du ganglion étoilé, énérvation sympathique), le tout sans succès. C'est seulement la lobotomie préfrontale bilatérale de Freeman et Watts qui amena la guérison. L'auteur montre l'intérêt de cette opération pour certains syndromes douloureux.

V.-J. DURAND.

Diagnostic, évolution, pronostic et traitement de la méningite tuberculeuse (Diagnostico, evolucion, pronostico y tratamiento de la meningitis tuberculosa), par R. BACARDI NOGUERA. (*Anales de medicina*, Barcelone, medicina, vol. 41, n° 1, janvier 1955, p. 12-20).

Pour le diagnostic et le pronostic de la méningite tuberculeuse, la recherche de la glycorrachie et l'électro-encéphalographie sont des éléments très importants. Un taux du glucose demeurant bas ou s'abaissant progressivement constitue un signe d'aggravation. Sur une série de 32 cas, l'auteur a obtenu 87 % de guérisons stables pour un traitement persévérant et mixte : perfusions veineuses de P.A.S., streptomycine intra-musculaire et intrarachidienne, hydrazide de l'acide isonicotinique par voie buccale. Si, au bout de six mois, l'électro-encéphalogramme montre des altérations, il faut continuer le traitement. Sept figures.

V.-J. DURAND.

Sur la pathogénie de l'hématome sous-dural et sur l'intervalle dit libre (Sulla patogenesi dell' ematoma sottodurale e sul cosiddetto intervallo libero), par Dina MANGANARO (de Sienné). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 3, 1954, p. 535-549).

Après un rappel historique des conceptions pathogéniques sur l'hématome sous-dural, se rapportant principalement à la question de l'intervalle libre, l'auteur décrit six observations personnelles. Il s'agit de cas d'hématome traumatique pour lesquels l'intervalle libre fut de un à quatre mois. Cette durée correspond sensiblement aux chiffres classiques. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Leuco-encéphalose sous-corticale type Binswanger (Leuco-encefalosis subcortical tipo Binswanger), par Roque ORLANDO et Jacinto C. ORLANDO. (*Acta neuropsiquiátrica argentina*, vol. 1, n° 2, janvier 1955, p. 186-195).

Les auteurs rapportent un cas de démence progressive chez un homme de 55 ans, avec signes focaux de type surtout temporal et occipital accompagnés de symptômes pyramidaux unilatéraux. L'autopsie révéla l'existence d'une leucoencéphalose démyélinisante, de type focal, rappelant les formes décrites par Binswanger, avec athéromatose des artères cérébrales longues. Dans l'observation présente, les lésions artério-scléreuses manquaient. Le tableau histologique ressemble à celui de la maladie de Schilder. Cependant, le processus est plus limité, plus focal, les fibres en U de Meynert sont lésées. Le cortex est épargné. Six figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur les variations du tonus musculaire produites par les changements de position chez les malades extrapyramidaux (Sulle variazioni del tono muscolare indotte dai mutamenti della postura nei malati extrapiramidali), par E. MANGHI (de Parme). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 4, 31 décembre 1954, p. 783-816)

Si les appareils nerveux chargés de régler le tonus musculaire sont lésés, on observe des troubles posturaux. L'auteur décrit deux cas de spasme de torsion chez un homme de 37 ans et une femme de 26 ans. C'est une affection qui permet de noter comment les variations de l'attitude corporelle font changer le tonus musculaire de façon anormale. Diverses hypothèses ont été proposées pour expliquer le mécanisme des troubles. Il faut admettre la présence de lésions parcellaires disséminées, expliquant les modifications de la régulation tonique. Une figure. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Encéphalomyélite post-vaccinale chez deux frères (Encefalomyelitis post-vaccinal en dos hermanos), par Enrique SUJOY, Jorge A. ALMEIDA et Rubén N. RIOPEGRE. (*Acta neuropsiquiátrica argentina*, vol. 1, n° 2, janvier 1955, p. 196-208).

Un enfant de 11 ans, vacciné sans succès contre la variole quatre ans auparavant, et son frère, de 13 ans, primo-vacciné, tombent malades huit jours après la vaccination, avec céphalée, fièvre, courbature, puis coma. Il y a paralysie des muscles intercostaux ; l'aîné ayant en plus une parésie diaphragmatique et des signes d'asphyxie. La mort survient chez lui en dix jours, par signes bulbaires et rénaux. Le jeune frère guérit, conservant comme séquelles pendant un certain temps une hyperreflectivité avec clonus du pied et de la rotule. Les deux enfants avaient été traités par : A.C.T.H., antihistaminiques, oxygénothérapie, transfusions, acides aminés, antibiotiques, sérums. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Discussion sur les réflexes proprioceptifs de flexion plantaire des orteils (Diskusija o proprioceptivnim refleksima plantarne fleksije prstiju noge), par V. JAKOVLJEVIC (de Skopje). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, n° 3, 1954, p. 133-144).

Les réflexes de Rossolimo et de Mendel-Bechterew ont été recherchés chez 800 enfants, divisés en groupes de 50 enfants d'âge égal, de la naissance à 15 ans. La comparaison a été faite avec 500 sujets de 15 à 60 ans. L'auteur trouva un faible pourcentage (1,8 %) de résultats positifs dans l'irritabilité réflexe fonctionnelle, et dans 3 % de la schizophrénie catatonique. La présence de ces signes est toujours proportionnelle au degré de spasticité. Dans le cas de lésion corticale, leur découverte est plus fréquente quand le cortex prémoteur est atteint. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Leuco encéphalite sclérosante subaiguë (Subakutni sklerotizirajući leuko-encefalitis), par P. ERAK et N. GRČEVIC (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb vol. 2, n° 3, 1954, p. 145-151)

Les auteurs rapportent un cas de leucoencéphalite sclérosante subaiguë (type van Bogaert) avec étude clinique, électro-encéphalographique et anatomo-pathologique. Il apparaît que la maladie n'est pas aussi rare qu'il est classique de l'admettre. La meilleure connaissance de ses symptômes cliniques et électriques doit permettre son diagnostic plus précoce. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les abcès du cerveau comme problème diagnostique (Mozdani apscesi kao dijagnostički problem), par Boris HAMERSAK (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 2, n° 3, 1954, p. 152-158).

Les progrès des moyens diagnostiques doivent permettre de mieux préciser le siège et l'étendue des abcès du cerveau. Angiographie cérébrale, électro-encéphalographie, pneumographie cérébrale doivent donner des renseignements nécessaires. La collaboration de l'otologiste et du neuro-chirurgien est indispensable. Il faut toujours penser à rechercher la possibilité d'un foyer infecté secondaire à côté de l'abcès primitif. Six figures.

V.-J. DURAND.

Les thrombophlébites cérébrales (Los tromboflebitis cerebrales), par J.-O. TRELLES, Victor PAREDES et L. PALOMINO. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 17, n° 4, décembre 1954, p. 377-447).

Les auteurs rapportent trois cas de thrombophlébite cérébrale, dont deux avec étude histologique. Au point de vue anatomique, il faut noter l'intensité du processus hémorragique, l'œdème prononcé, la transsudation séreuse, la lésion cortico-sous-corticale en coin à base corticale, l'aspect bigarré, la thrombose des veines, l'intégrité des artères, l'infiltration cellulaire sous-

arachnoïdienne, les petits foyers hémorragiques multiples. Il peut y avoir des lésions étendues. Les thrombophlébites cérébrales doivent être comparées avec le ramollissement, l'hémorragie cérébrale. D'importantes considérations sont faites au point de vue pathogénique. Enfin, sont décrits des types cliniques : puerpéral, traumatique, de l'enfant, de cardiopathies, post-opératoire, par ligature de la jugulaire, etc. Vingt-cinq figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'arachnoïdite spinale par rachianesthésie (Aracnoidite spinale da rachianestesia), par G. CASTORINA, S. SASSAROLI et P. SEVERINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 2, mars-avril 1955, p. 161-180).

Après avoir rappelé les connaissances essentielles sur l'arachnoïdite spinale post-anesthésique, les auteurs rapportent six observations personnelles. Ils signalent, parmi d'autres symptômes, un mode particulier de diffusion du moyen de contraste en ruban sur l'image radiologique et un type d'arrêt qui peut être désigné sous le terme de blocage élastique. Cela signifie un arrêt qui peut être franchi par des manœuvres augmentant la pression du liquide céphalo-rachidien. Douze figures. Bibliographie importante.

V.-J. DURAND.

Considérations sur le rapport hépato-lenticulaire (Considerazioni sul rapporto epato-lenticolare), par V. GIANNELLI et A. NUGEL (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 43, fasc. 6, 1954, p. 1249-1276).

Après avoir passé en revue les théories pathogéniques sur les altérations hépato-lenticulaires, les auteurs décrivent un cas de cérébropathie infantile d'origine vasculaire, associé à une cirrhose hépatique atrophique, chez une malade de 35 ans. S'appuyant sur ce cas, ils pensent que le rapport hépato-lenticulaire peut s'établir en dehors des tableaux cliniques typiquement wilsoniens, quand les lésions cérébrales primitives avaient déterminé des processus phlogistiques chroniques avec signes de dégénérescence subaiguë au niveau des zones encéphaliques qui constituent le substratum anatomopathologique de la maladie de Wilson avec pseudo-sclérose. Six figures. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Malformations vasculaires (lésions congénitales) chirurgicales de l'encéphale (Malformaciones vasculares (lesiones congenitas) quirurgicas del encéfalo), par Juan A. SEGGIARO. (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 3, n° 9, janvier-mars 1955, p. 70-94).

Parmi les lésions vasculaires congénitales de l'encéphale, il faut distinguer : 1) lésions vasculaires expansives ; 2) malformations non expansives. Les premières ou angiomatoses comprennent les anévrysmes artérioveineux, les anévrysmes racémeux artériels et veineux. Parmi les secondes ou angioses, on trouve les télangiectasies, la maladie de Sturge-Weber, les

cavernomes, les anévrysmes artériels congénitaux, les varices méningées, les sinus péricraniens. L'auteur fait une revue de ces différentes formes, rapportant quelques observations personnelles prises dans le service du professeur Asenjo. Neuf figures.

V.-J. DURAND.

Contribution à la connaissance de la maladie d'Hippel-Lindau (Contributo alla conoscenza del morbo di Hippel Lindau), par Franco PASOLINI et Mario MIGLIOR (de Cagliari). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 1, janvier-février 1955, p. 11-25).

L'association de tumeurs rétiniennes avec des néoformations analogues du système nerveux constitue l'élément essentiel de la maladie de von Hippel-Lindau. Les auteurs en rapportent un cas personnel, pour lequel se posait un difficile problème de localisation des lésions intracrâniennes avec coexistence de signes d'atteinte cérébelleuse et d'atteinte de la zone calcarinienne. Au point de vue pathogénique, les auteurs pensent que l'affection est causée par un processus morbide malformatif au niveau de l'appareil vasculaire, dont les localisations rétiniennes et cérébelleuses sont les foyers les plus actifs et les plus facilement passibles de métaplasies néoplasiques. Trois figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'histopathologie et à la pathogénie du tabès (Contributo all'istopatologia e patogenesi della tabe), par Vincenzo FLORIS et Arnaldo PANSINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 1-18).

Les auteurs étudient six cas de tabès au point de vue histopathologique. Ils trouvent des dégénérescences périaxiles et segmentaires médullaires ainsi que des lésions des racines postérieures. Ces dégénérescences sont liées à des troubles vasculaires. La dissociation tabétique de la sensibilité s'explique par la plus grande vulnérabilité des fibres longues. Les lésions tabétiques doivent être distinguées de celles d'une simple dégénérescence wallérienne. On observe, dans le tissu graisseux épidual, des phénomènes inflammatoires. On pourrait admettre que le processus tabétique commence par les signes d'épidurite et que les méninges ainsi que le nerf radiculaire de Nageotte sont attaqués par le spirochète par contiguïté. 17 figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur la question des troubles fonctionnels hépatiques dans la sclérose multiloculaire (Zur Frage der Leberfunktionsstörung bei der multiplen Sklerose), par E. KRIVANEC (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, t. 4, n° 4, décembre 1954, p. 218-225).

Chez 107 malades atteints de sclérose multiloculaire, furent étudiés la vitesse de sédimentation globulaire, la réaction de coagulation de Weltmann, celle de Takata, celle de Gross, l'épreuve au galactose, le test de Mac Lagan

au thymol, l'électrophorèse. Dans un grand nombre de cas furent notés des signes d'insuffisance hépatique. Certaines considérations sont faites par l'auteur sur les rapports entre les troubles des fonctions du foie et l'apparition des signes cliniques de la maladie.

V.-J. DURAND.

Sur le syndrome myasthénique (Sulla sindrome miastenica), par Mario MONTANARI et Carlo ROMERIO (de Sienne). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 2, 1955, p. 177-198).

Les auteurs rapportent deux cas, dont le premier présentait un syndrome myasthénique sur base dysendocrinienne, influencée nettement par les règles et la grossesse, tandis que le second était constitué par des signes moteurs à type dysarthrique, qui s'accompagnèrent plus tard de fibrillations linguales, d'atrophie et d'hyperméflexie profonde. Se basant sur ces observations et sur les données de la littérature, les auteurs développent la conception selon laquelle la myasthénie ne peut pas être considérée comme une entité bien définie, mais que le symptôme myasthénique avec transmission biochimique altérée des impulsions nerveuses, peut être l'expression pathologique de plusieurs facteurs. Il peut aussi s'associer à d'autres syndromes moteurs. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Recherches sur la calciorachie dans quelques maladies nerveuses et mentales (Ricerche sulla calciorachia in alcune malattie nervose e mentali), par Tito GUSONI (de Pavie). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 4, 31 décembre 1954, p. 873-884).

La calciorachie, d'après les recherches de l'auteur, normalement comprise entre 4,44 et 5 mgr. 48 % est augmentée dans les méningites tuberculeuses, dans la plupart des autres méningites, dans le tabès, la paralysie générale, la poliomyélite, la sclérose en plaques, les psychoses alcooliques aiguës. Elle est diminuée ou augmentée suivant les cas dans les tumeurs cérébrales et l'épilepsie. Dans les affections étudiées, la calcémie était normale, sauf dans une observation de myosite ossifiante où elle se montrait augmentée, ainsi que la calciorachie. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Variations angiographiques de l'artère cérébrale postérieure (Variaciones angiograficas de la arteria cerebral posterior), par Gustavo ENDARA (*Archivos de criminologia, neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 2, n° 7, juillet-septembre 1954, p. 328-345).

457 artériogrammes carotidiens ont été examinés. L'artère cérébrale postérieure a été injectée 158 fois. D'autre part, 29 artériogrammes par voie vertébrale ont été étudiés. L'auteur décrit d'abord la sémiologie radiologique normale du vaisseau, distinguant dans son trajet trois segments : P1, P2

et P3. Puis il envisage les anomalies angiographiques de l'artère cérébrale postérieure : altérations de calibre, de forme et de position, malformations vasculaires, vascularisation anormale par injection de vaisseaux tumoraux. Quelques éléments sont donnés pour résoudre le difficile problème de la localisation de lésions cérébrales postérieures. Seize figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Remarques sur la question du cryptoclimactérium (Bemerkungen zur Frage des Kryptoklimakteriums), par J. ALVES GARCIA (de Rio de Janeiro). (*Zeitschrift für Altersforschung*, vol. 8, n° 2, 1954, p. 153-161).

La notion de cryptoménopause est très importante. L'auteur envisage principalement les liaisons constitutionnelles et caractérielles qu'il est possible d'observer dans les deux sexes. De même, sont considérés les comportements différents à l'âge critique des hommes hypergonadaux soumis à divers troubles somatiques et hypogonadaux, qui présentent plutôt une augmentation de la libido. Il est toujours intéressant d'appuyer le diagnostic par la recherche de tous les facteurs endocriniens et métaboliques pour pouvoir appliquer un traitement adéquat.

V.-J. DURAND.

Le principe de la liaison temporaire dans la physiologie de l'interoception, par E.-C. AIRAPETIANZ. (*Cahiers de médecine soviétique*, 1^{re} année, n° 4, avril 1954, p. 7-23).

Les expériences de l'auteur et de ses élèves ont montré que les processus d'excitation et d'inhibition nés dans le cortex sous l'action d'excitations interoceptives, reproduisent entièrement, dans certaines conditions, les lois du développement de l'inhibition interne. L'écorce cérébrale peut différencier les signaux conditionnés formés dans divers points d'un même organe. La signalisation interoceptive participe à l'activité nerveuse supérieure. Elle dépend, d'autre part, de l'état fonctionnel du système nerveux central. Chez l'homme, celles des réactions corticales qui sont provoquées par des impulsions venant d'organes internes, sont non seulement de nature réflexe, mais leurs formes sont déterminées par les mécanismes des signalisations réflexo-conditionnelles. Graphiques.

V.-J. DURAND.

Changements dans les rapports de l'albumine sérique dans la schizophrénie (Änderungen im Verhältnis der Serumeiweise bei Schizophrenie), par P. CEPULIĆ, V. DOMAC et I. RUŽIĆ (de Zagreb). (*Neuro-psihijatrija*, Zagreb, vol. 2, n° 4, 1954, p. 221-239).

Les recherches des auteurs montrent que les fractions albumineuses de sérum étudiées par l'électrophorèse sur papier sont diminuées dans les différents types de schizophrénies, tandis que les globulines sont augmentées. Cela signifie que chaque forme de schizophrénie est accompagnée par une perturbation dans les rapports des fractions de l'albumine sérique. Le fait que, dans la plupart des cas, il y a augmentation des globulines alpha 1, alpha 2 et bêta, peut être un signe de changements séro-inflammatoires dans

le foie, tandis que l'augmentation des gamma-globulines indiquerait une transition éventuelle avec une forme fibreuse. Trente figures. Cinq tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Le largactil et nos premières applications neuro-psychiatriques (El largactil y nuestras primeras aplicaciones neuro-psiquiatricas), par Julio ENDARA. (*Archivos de criminologia, neuropsiquiatria y disciplinas conexas*, Quito, 2^e époque, vol. 2, n° 7, juillet-septembre 1954, p. 297-312).

Rappelant l'essentiel sur l'emploi du largactil en thérapeutique neuro-psychiatrique, l'auteur rapporte onze observations de divers syndromes mentaux, dans lequel le traitement s'est montré efficace, bien toléré, révélant une action particulièrement nette sur le système nerveux végétatif. Pour les cas rapportés, la chlorpromazine a été utilisée seule et à doses modérées.

V.-J. DURAND.

Résultats thérapeutiques dans trois états d'agitation traités par hibernation modérée (Resultados terapeuticos en tres estados de agitation tratados por hibernacion moderada), par E. GARCIA AUSTT, Fortunato RAMIREZ, O. BACHINI, C.-H. TOBLER (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19^e année, n° 109, janvier-février 1954, p. 17-41).

Dans trois cas d'agitation, les auteurs ont obtenu des résultats favorables par le largactil donné, en injection intra-musculaire, à la dose de un milligramme par kilogramme de poids corporel. Les protocoles du traitement sont reproduits.

V.-J. DURAND.

Le psychiatre praticien et la psychothérapie (El psiquiatra practido y la psicoterapia), par José P. CARDOSO. (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19^e année, n° 110, mars-avril 1954, p. 3-15).

A l'aide de quelques exemples et du rappel de conceptions classiques, l'auteur montre dans quelles conditions le psychiatre praticien peut employer la psychothérapie. S'il doit reconnaître sa nécessité, il doit savoir également qu'elle n'est pas toujours possible et qu'il convient souvent d'associer d'autres traitements. Son application a des limites. L'auteur fait sienne la célèbre formule « guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours ».

V.-J. DURAND.

Le traitement pénicillinique de la paralysie générale (El tratamiento penicilínico de la parálisis general), par Fortunato RAMÍREZ, Hector GARBARINO et Eduardo HAEDO. (*Revista de psiquiatria del Uruguay*, 19^e année, n° 110, mars-avril 1954, p. 17-39).

Rappelant l'évolution récente du traitement de la paralysie générale, les auteurs rapportent leurs résultats personnels. Il apparaît que la pénicilline seule se montre aussi efficace que les cures associées. Quelques précisions sont données sur la conduite du traitement et la surveillance régulière du liquide céphalo-rachidien. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La psychothérapie dans la schizophrénie (La psicoterapia nella schizofrenia), par G. Roi (de Padoue). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 3, 30 septembre 1954, p. 533-621).

La question de la psychothérapie comme traitement de la schizophrénie a fait l'objet de nombreux travaux. Rappelant quelques conceptions sur la nature de l'affection, sur le rôle reconnu par certains, à la personnalité pré-morbide, sur les facteurs possibles de guérison en dehors de la thérapeutique, l'auteur décrit quelques techniques de cure : celles de Mme Cavé, de Fromm-Reichmann, d'Eissler, de Rosen, étudiée de façon très détaillée. Les fondements psychologiques de la psychothérapie sont envisagés ainsi que les rapports de la personnalité morbide avec le traitement. Les modalités du transfert, le comportement de l'analyste et les méthodes pour établir le contact avec le malade, le renforcement du moi et le rôle du sur-moi, la réalisation symbolique de Mme Sechehaye, la reprise des relations avec la réalité, les variétés de l'interprétation analytique, les buts et les limites du traitement sont successivement considérés. L'auteur conclut en montrant l'intérêt de la psychothérapie pour la cure de la schizophrénie, la multiplicité des écoles et des techniques traduisant la diversité des points de vue. Abondante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Au sujet de la thérapie de la schizophrénie, par Hans HOFF et O.-H. ARNOLD (de Vienne) (*L'Encéphale*, tome 44, n° 1, 1955, p. 1-25).

Définissant d'abord la schizophrénie selon les critères de la psychiatrie autrichienne, les auteurs rappellent les traits essentiels de la maladie, montrant l'intérêt de l'emploi expérimental de la diéthylamide de l'acide lysergique, puis exposent leurs principes thérapeutiques. L'électro-choc au début et surtout dans la catatonie peut être efficace, l'insuline s'impose dans les formes paranoïdes, la psycho-chirurgie n'a que des indications très limitées ; c'est un procédé plein de dangers. L'utilisation de la psychothérapie doit être envisagée, mais il faut connaître ses limites d'indications et aussi d'applications. A ce propos, l'électro-choc peut constituer un moyen pratique de faciliter la prise de contact avec le malade en brisant la carapace de l'autisme. L'ergothérapie est importante. Un autre élément essentiel est l'action sur le milieu et surtout sur la famille du malade. Dans l'ensemble, les auteurs adoptent une position assez souple, dépourvue de dogmatisme et proche de celle de la psychiatrie française.

V.-J. DURAND.

Considérations sur la pneumo-encéphalographie, par PIERSON et KIRCHER (de Casablanca). (*Comptes rendus du 5^e Congrès neurologique international*, Lisbonne, 7-12 septembre 1953, vol. 4, p. 323-327).

La technique adoptée par les auteurs consiste à introduire de 60 à 120 cm³ d'air, après administration de 20 cgr. de gardénal ; les résultats de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien sont rappelés. Les modifications observées à la fin de l'épreuve peuvent venir de l'action stressante de la pneumo-encéphalographie. Diverses théories ont pour but l'explication de l'action physiologique de cette dernière. Dans 60 % des cas, des images anormales ont été constatées. L'aspect a une valeur pronostique. Pour plus de la moitié des malades traités, le procédé s'est montré utile, donnant, dans 16 %, des résultats nets. « Effectuée chez le jeune, après examens cliniques approfondis, cette méthode est sans danger ; elle doit donc être utilisée souvent, à la fois pour ses possibilités diagnostiques et thérapeutiques. » Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Traitement des ulcères de décubitus (Tratamiento de las ulceras por decubito), par L. MIR Y MIR (*Anales de Medicina*, Barcelone, cirugía, vol. 41, n° 1, février 1955, p. 46-53).

Pour les ulcères de décubitus de vastes dimensions, l'auteur préconise, après intense préparation de l'état général (transfusions, protides, vitamines, antibiotiques), application locale de sérum salé hypertonique ou d'antibiotiques, extirpation large de l'ulcère et des saillies osseuses sous-jacentes, si elles ont un aspect nécrosé ou infectieux, pose d'un lambeau dorso-lombaire, comprenant fascia et un peu de muscles. Dans quelques cas, greffes laminaires. Six figures.

V.-J. DURAND.

La thérapeutique acétylcholinique combinée à l'électrochoc dans la cure de la schizophrénie (La terapia acetilcolinica combinata all'elettroshock nella cura della schizofrenia), par R. LARICCHIA et E. MEREGALLI (de Milan). (*Rivista sperimentale di freniatria*, vol. 78, fasc. 3, 30 septembre 1954, p. 663-674).

Dans quinze cas de schizophrénie, les auteurs ont employé l'association de l'acétylcholine à la Fiamberti et de l'électro-choc, à jours alternés. Ils obtinrent une guérison, sept résultats favorables, deux améliorations légères, cinq échecs ou rémissions transitoires. Les auteurs se montrent très satisfaits de cette méthode, qui peut être appliquée en traitement ambulatoire. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Epreuve du largactil en psychiatrie, par Charles A. MARTIN. (*Laval médical*, Québec, vol. 19, n° 8, octobre 1954, extrait de 18 pages).

L'auteur expose les résultats obtenus par le largactil chez 362 malades de différents établissements de Québec. Dans l'ensemble, les résultats ont été

favorables dans la manie, à un degré un peu moindre dans la mélancolie et la confusion mentale, moyens dans la schizophrénie, assez médiocres ou nuls dans les psychonévroses. Quelques incidents ont été signalés. La voie intramusculaire a été employée presque toujours. Tout en signalant l'intérêt du largactil, l'auteur ne le considère pas comme une panacée. Il préfère les cures associées à d'autres méthodes, à celles de largactil seul.

V.-J. DURAND.

Action de l'hormone somatotrope sur les escarres de décubitus et les troubles neurotrophiques, par A. RAVINA, M. PESTEL et J.-C. DAYRAS. (*La presse médicale*, t. 63, n° 16, 2 mars 1955, p. 305-308).

L'hormone somatotrope hypophysaire, en injections intramusculaires tous les deux jours, à la dose de 100 unités-rat, se montre particulièrement efficace dans le traitement des escarres de décubitus et des troubles neurotrophiques, de gangrènes, chez des sujets à état général précaire. On peut constater comme modifications métaboliques un mouvement des protides du sang vers la zone de régénération tissulaire. Il est possible de suivre ces modifications par des dosages des protides sanguins, de l'urée sanguine et l'étude de l'électro-encéphalogramme. Six observations démonstratives illustrées de douze photographies sont rapportées.

V.-J. DURAND.

La thérapeutique tissulaire à la Filatov dans la schizophrénie (La terapia tessutale alla Filatow nella schizofrenia), par Giacomo CASCELLA (d'Aversa). (*Il cervello*, 31^e année, n° 3, 15 mai 1955, p. 207-230).

Rappelant les travaux sur la méthode de traitement tissulaire de Filatov, l'auteur donne les résultats de l'emploi de cette thérapeutique chez 40 schizophrènes. Il s'agit, certes, d'un procédé aux possibilités encore incomplètement connues, susceptibles de grands développements ultérieurs. L'efficacité s'observe principalement dans les formes catatoniques. Pour l'ensemble des malades, il y a eu 5 guérisons cliniques, 4 grandes améliorations, 8 améliorations moyennes, 5 améliorations légères, 18 échecs. De nouveaux travaux sont nécessaires.

V.-J. DURAND.

Les applications extra-psychiatriques de l'électrochoc (Le applicazioni extra-psichiatriche dell'elettroshock), par Filippo PERMOLA (de Foggia). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 1, 1955, p. 109-119).

L'auteur passe rapidement en revue les nombreuses et utiles applications extra-psychiatriques de l'électro-choc, rapportant tout particulièrement les résultats favorables obtenus avec l'électro-choc lombo-pubien chez des enfants énurétiques, sans arriération mentale, et chez des malades adultes atteints de certaines formes de neurasthénie avec troubles de la libido. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Un cas de narcolepsie traité efficacement par l'acide glutamique (Un caso di narcolessia trattato efficacemente con acido glutammico), par S. PLATANIA et G. MANCINI (d'Aquila). (*Acta neurologica*, Naples, 10^e année, n° 1, janvier-février 1955, p. 76-80).

Les auteurs décrivent un cas de narcolepsie chez une jeune fille de 18 ans, évoluant depuis près de deux ans, avec trois à quatre crises par jour. L'emploi de l'acide glutamique, à la dose quotidienne de 6 grammes, amena une rapide amélioration. Ceci confirme les travaux de Fasanaro et Piro sur l'efficacité thérapeutique de l'acide glutamique dans la narcolepsie, en particulier par action sur le métabolisme du potassium.

V.-J. DURAND.

Prémices physiologiques et pharmacologiques à quelques thérapeutiques dans le champ neuro-psychiatrique (Premesse fisiologiche e farmacologiche ad alcune terapie nel campo neuropsichiatrico), par Antonio BALESTRIERI (de Padoue). (*Rassegna di Studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 1, p. 89-108).

L'auteur envisage la possibilité d'interpréter de façon unitaire l'action de différents médicaments sur le système nerveux central. La narcose, le traitement des symptômes extra-pyramidaux, la sédation psychique, l'anal-gésie, la médication anti-épileptique peuvent être, au moins partiellement, expliqués par la sensibilité particulière des structures polysynaptiques du système nerveux central à l'action des remèdes. Cette hypothèse peut être discutée sur la base des récentes recherches expérimentales pharmacologiques et physiologiques. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Premières expériences avec le choc vaso-dilatateur (Primeras experiencias con el shock vasodilatador), par J. CARAL VILAMALA et E. GONZÁLEZ MONCLUS. (*Anales de Medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 1, mars 1955, p. 12-16).

Les auteurs rapportent les premiers résultats obtenus par l'emploi de nicotine de soude en injections intraveineuses lentes à la dose de 0 gr. 30 pour une ampoule de 2 cm³. Rappelant les phénomènes du choc vaso-dilatateur, d'ailleurs modérés, constatés après l'introduction du produit, ils insistent sur les modifications psychiques observées chez douze schizophrènes. L'action la plus évidente est une désinhibition psycho-motrice, se voyant surtout dans les formes catatonico-akinétiques. Cette désinhibition est différente de celle que peut donner la benzédrine. Il s'agit donc d'un traitement inoffensif et susceptible d'applications dans les schizophrénies.

V.-J. DURAND.

Utilisation de la hyaluronidase dans la cure de Sakel (Utilización de la hialuronidasa en la cura de Sakel), par R. PONS BERTRÂN. (*Anales de medicina*, Barcelone, vol. 41, n° 1, mars 1955, p. 16-20).

Rappelant les travaux antérieurs de Sacerdoti et de divers psychiatres français, l'auteur décrit sa technique personnelle. Chaque malade reçoit une

dose de hyaluronidase correspondant à 8,35 unités Schering, soit environ 25 U.V.R. Le mélange avec l'insuline se fait dans la seringue. L'injection intramusculaire est immédiate. Dans l'ensemble, la méthode permet de diminuer les doses d'insuline, le coma est plus précoce, à début plus calme ; sa durée est plus courte, le réveil meilleur. Si, en cours de cure, on supprime la hyaluronidase, il n'est pas nécessaire d'augmenter les doses ultérieures d'insuline.

V.-J. DURAND.

L'action du largactil sur la musculature striée (L'azione del largactil sulla muscolatura striata), par Alberto BOBIANI (de Modène). (*Rivista di neurologia*, vol. 25, fasc. 1, janvier-février 1955, p. 69-73).

Expérimentant sur le muscle grand droit antérieur de l'abdomen de la grenouille, l'auteur a observé une action contracturante du 4560 R.P., employé jusqu'à la dilution de 4×10^{-6} . Cette action n'est pas modifiée par la tubocurarine. Elle ne doit pas être rapportée à une sensibilisation par les ions du potassium. Cependant, le largactil ne possède pas une véritable action curarisante. Tableau. Deux figures.

V.-J. DURAND.

L'irradiation préfrontale par les ultra-sons en remplacement de la lobotomie, par André PLICHET. (*La Presse médicale*, 63, n° 26, 9 avril 1955, p. 547).

P. A. Lindstrom a utilisé, après des expériences chez l'animal, des irradiations préfrontales par des ultra-sons, à travers des trous de trépan de 3 à 4 cm. La source des rayons est placée de 1 à 4 cm. de la surface cérébrale et l'irradiation est faite sous irrigation continue de sérum de Ringer. L'application est pratiquée avec une fréquence de 1.000 Kc et 7 watts par cm^2 , pendant 4 à 7 minutes. Dans une série de 20 cas, de douleurs irréductibles surtout, des résultats intéressants furent obtenus. Il n'y eut pas de complications, en particulier pas de crise épileptique. Les lésions cérébrales provoquées par les ultra-sons furent très minimes.

V.-J. DURAND.

Le bégaiement. La thérapeutique traditionnelle par exercices et les nouvelles connaissances de la psychologie profonde (Das Stottern. Die traditionelle Uebungstherapie und die neuern Erkenntnisse der Tiefenpsychologie), par Cilli SCHWARZ (de Zürich). (*Pro Infirmis*, Zürich, 13^e année, t. 4, n° 10, 1955, p. 286-301).

Rappelant les diverses théories proposées pour expliquer le mécanisme du bégaiement, l'auteur insiste tout particulièrement sur les conceptions psychanalytiques. Leur application peut permettre de mieux comprendre certaines caractéristiques de ce trouble phonatoire. Elle peut aussi rendre plus facile le traitement des bégues. Pour celui-ci, d'ailleurs, il est nécessaire de prévoir une étroite collaboration entre le psychothérapeute et le spécialiste de la logopédie.

V.-J. DURAND.

La vitamine B 12 à hautes doses adoptée dans les états épisodiques de la schizophrénie (La vitamina B 12 ad alte dosi adoperata negli stati episodici della schizofrenia), par Emanuele MOTTA (de Messine). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 44, fasc. 2, 1955, p. 229-238).

L'auteur a utilisé la vitamine B12 à dose élevée (un milligramme à la fois) dans 18 cas de schizophrénie ayant une évolution périodique. Ces cas sont divisés entre quatre groupes suivant qu'ils se traduisent par des crises d'agitation, de dépression, de confusion ou d'inertie psychique. Pour les malades du premier groupe, la vitamine B12 ne donne aucun changement. Pour les deuxième et troisième groupes, elle facilite l'action de l'électro-choc. Enfin, dans le quatrième groupe, le produit exerce une nette action stimulante sur l'activité psychique. On pourrait peut-être admettre une influence sur le système réticulaire. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Le rôle de l'amytal sodique dans la psychothérapie et le diagnostic (The role of sodium amytal in psychotherapy and diagnosis), par Alfred BRONNER (de Passaic, New-Jersey). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 9, n° 2, avril 1955, p. 234-242).

L'usage de médicaments peut être très utile en psychothérapie. Particulièrement intéressant est l'amytal sodique. Il a d'abord une action diagnostique en apportant un matériel dynamique. Il calme l'anxiété. Il faut noter que les états dépressifs ne répondent pas au produit, sauf s'ils sont secondaires ou réactionnels à une anxiété sous-jacente. L'amytal sodique peut réussir dans les réactions phobiques. Il constitue un des meilleurs compléments de la psychothérapie.

V.-J. DURAND.

Du traitement électroconvulsif chez les malades âgés, par R. EHRENBURG et M. GULLINGSRUD. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 10, avril 1955, p. 743).

Les maladies mentales chez les personnes âgées de plus de 65 ans ne sont pas nécessairement organiques et irréversibles. Les psychoses fonctionnelles chez les vieillards répondent bien au traitement électro-convulsif et de nombreux sujets reprennent leur place dans la communauté. Sur 112 malades, âgés de 65 à 83 ans, 78,5 % purent quitter l'hôpital et 55 % d'entre eux étaient encore chez eux plus d'un an après. Les rechutes sont survenues chez 37,5 %, mais sous l'influence du même traitement, la guérison fut encore obtenue chez la plupart des sujets. Un malade mourut au cours du traitement. Chez trois malades, une maladie physique grave a pu contribuer à leur mort plus que leur âge. Chez les malades âgés qui sont en bonne santé, le risque est minime. Sur 1.329 électro-chocs, on n'observa que quatre fractures ; ceci démontre qu'en raison de l'atrophie des muscles, il n'est pas nécessaire d'utiliser la curarisation par crainte d'ostéoporose.

L. MARCHAND.

Le traitement psychochirurgical de la schizophrénie pseudo-névrotique,
par P.-H. HOCH, J.-L. POOL, J. RANSOHOFF, J.-P. CATTELL et H.-H. PENNES.
(*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 9, mars 1955, p. 653).

Sous le terme de schizophrénie pseudo-névrotique, les auteurs comprennent un état psycho-névrotique sévère masquant les symptômes schizophréniques, tels que obsessions, phobies, dépression, hypocondrie, anxiété. L'étude porte sur 40 sujets âgés de 20 à 69 ans. Le début de leur affection remontait à 4 ou 45 ans. La psychothérapie et les autres traitements n'avaient eu aucune action favorable. En plus de la topectomie, on pratiqua une lobotomie précoronale ou une lobotomie médiale. Les malades furent suivis de six mois en six mois pendant 54 mois. On note 65 % de guérisons chez 37 malades examinés 6 à 48 mois après l'opération. Les guérisons atteignent 88 % 36 à 48 mois après l'opération, car l'état mental continue à s'améliorer pendant deux à trois ans après l'opération. Les sujets ne présentent, ni modifications importantes de la personnalité, ni troubles émotifs. La plupart peuvent reprendre leur place dans la société et dans leur famille. Certains présentent des troubles du caractère, mais ceux-ci étaient masqués avant l'opération par d'autres symptômes plus graves. On ne peut expliquer pourquoi certains malades bénéficient de l'opération et non les autres. Il ne semble pas que l'âge au moment de l'intervention ou les symptômes soient des facteurs importants. Cependant, le pronostic est peu favorable quand la maladie a débuté avant l'âge de 15 ans. On peut admettre que les chances de guérison sont excellentes quand l'amélioration a débuté six mois après l'opération.

L. MARCHAND.

Leucotomie préfrontale et pressentiment de la douleur, par A. E. ELITHORN.
M.-F. PIERCY et M.-A. CROSSKEY. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 18, février 1955, p. 34).

Pour apprécier l'hypothèse que la leucotomie préfrontale annihile les états douloureux en réduisant l'élément de crainte, d'anxiété qui les précède, les auteurs ont utilisé un test au moyen duquel ils ont cherché à mesurer le degré de la douleur causée par un stimulus électrique douloureux. Avant de procéder au choc douloureux, ils ont présenté aux sujets une lumière rouge durant sept secondes. La réaction autonome sympathique déclenchée par la douleur était mesurée par les modifications de la résistance électrique de la surface cutanée palmaire s'accompagnant de sueur (réflexe psychogalvanique). Chez 12 sujets sur 13 lobotomisés, l'intensité de la réponse galvanique augmenta, indiquant ainsi une diminution relative du trouble sympathique autonome grâce au signal avertisseur précédant le choc douloureux. Cette diminution de la crainte anxieuse indique que le stimulus douloureux n'est pas dû à une altération de la perception de la douleur, ou à une diminution de l'intensité de la douleur tolérée durant le test. Observation d'un sujet qui souffrait d'une douleur névralgique post-herpétique le rendant incapable de travailler et qui fut guéri après une lobotomie.

L. MARCHAND.

De l'infiltration du ganglion stellaire dans les psychoses organiques des personnes âgées, par J. HABER. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 3, n° 10, avril 1955, p. 751).

Un des facteurs importants dans le développement des psychoses organiques des personnes âgées est la diminution du courant sanguin dans le cerveau. Le blocage du ganglion stellaire augmente la circulation cérébrale. Huit malades âgés de 48 à 76 ans ont été traités par cette méthode. Durant une période de plusieurs mois, 6 à 16 injections leur ont été faites à la cadence de trois à quatre par semaine. L'injection dans chaque ganglion était de 12 cc. d'une solution de 1 % de procaine et on constatait après un syndrome de Horner aucune autre complication que de légers vertiges chez quelques malades. Chez six malades qui étaient atteints de psychoses organiques, les résultats ne furent pas bons puisque tous sont restés hospitalisés après parfois quelques semaines d'une amélioration passagère. Sur deux malades qui présentaient seulement une psychose sénile au début, l'un guérit et un an plus tard la guérison se maintenait. L'autre guérit après deux infiltrations et l'amélioration ne dura environ que trois mois.

L. MARCHAND.

ENFANCE

Les livres pour enfants, par Marc SORIANO. (*Enfance*, janvier-Février 1955).

La littérature enfantine a à peine un siècle et elle a ses auteurs, ses prix littéraires, son public, et les tirages augmentent chaque jour. Pourtant, la critique s'y intéresse peu. Or, ces livres ont une grosse influence éducative.

Il ne suffit pas de montrer les dangers d'une certaine littérature « superman », mais il faut suivre la littérature courante. La critique ne doit pas être seulement descriptive, mais doit indiquer des problèmes pédagogiques, psychologiques, etc...

L'auteur fait quelques réserves aux critiques psychanalytiques et à la méthode historique telle que l'applique Brauner, qui condamne le merveilleux, les contes, les récits à rythme régulier. L'auteur demande aux lecteurs de lui adresser leurs observations. Il étudie ensuite « La veillée d'Ukraine », de Gogol, des œuvres de Tchekov, les « Lettres de mon moulin », de Daudet, éditées pour les enfants, mais constate que ce ne sont pas des livres pour eux. Il étudie ensuite l'œuvre de Jules Verne qui, malgré son vieillissement, reste passionnante, saine et constructive. Vient ensuite la critique d'une série de contes du type ancien et de quelques-uns plus réalistes pour les enfants de moins de 12 ans, des romans, des aventures, des histoires de bêtes et des dictionnaires pour les plus de 12 ans.

D. JOYEUX-QUERCY.

L'échec du bon élève, par E. AMADO-LÉVY-VALENSI. (*Enfance*, septembre-octobre 1954).

Les auteurs étudient l'échec à la deuxième partie du bachot en dehors des hasards heureux ou malheureux. Certains élèves s'enlisent dans des condui-

tes d'échecs qui sont souvent un refus de passer à l'état adulte. L'élève utilise divers moyens en vue d'une fin qui serait l'échec : acte manqué... Cette conduite d'échec est un S.O.S. Aux professeurs de dépister ces névroses d'examen et d'aider ces élèves.

Suivent deux cas : deux jeunes filles qui ont été soumises au T.A.T. et au Rorschach.

Il serait nécessaire de multiplier les centres pédagogiques pour dépister les cas limites.

D. JOYEUX-QUERCY.

L'internat pour caractériels, par E. CORTEZ. (*Enfance*, Septembre-octobre 1954).

Lorsque l'enfant ne peut pas rester chez ses parents, l'auteur est hostile au placement dans une autre famille et préfère l'internat, internat mixte ne dépassant pas 80 enfants. La liberté individuelle doit y être pratiquée, mais avec des restrictions. L'enfant y vivra par petits groupes, il faudra le placer devant une série de situations imprévues où il aura à improviser son comportement. Il faudra choisir une maison banale mais confortable et pratique, et des éducateurs ayant appris leur métier et formant une équipe.

D. JOYEUX-QUERCY.

Etude de la conduite du récit chez l'enfant à partir d'un test projectif, par G. ROQUEBRUNE. (*Enfance*, mai-juin 1955).

L'auteur étudie la conduite du récit chez l'enfant du point de vue de l'évolution génétique et des tendances caractérielles. Il utilise le test de Murray : raconter une histoire à propos d'une série d'images. Les histoires recueillies sont classées en trois groupes :

1° Les récits au passé ou imaginatifs sont longs et plus fréquents chez les petits. Ce type de récit est dû à des enfants instables, impulsifs, inattentifs, mais imaginatifs, sociables et très affectifs. Cependant, on trouve quelques enfants repliés sur eux-mêmes.

2° Les récits au présent ou projectifs constituent une forte majorité chez les grands. Les enfants essaient de faire un récit exact. Ils sont soucieux, tendus, préoccupés, parfois opposants, coléreux, menteurs, presque toujours fermés. Les uns sont vraiment frustrés, les autres trop sensibles, exigeants et égocentristes.

3° Les récits au futur ou rationnels sont fréquents chez les garçons, ce sont les plus courts. Ils sont bien construits, très équilibrés, mais parfois inhibés ou contrôlés. Les enfants inhibés sont des passifs timides. Les récits contrôlés sont ceux des opposants, de paresseux, et de gâtés. L'auteur donne de nombreux exemples et fait place aux cas intermédiaires et aux cas mixtes.

Cette étude, pour être plus complète, nécessiterait l'examen d'un plus grand nombre d'enfants et surtout d'enfants qui ne soient pas des caractériels.

D. JOYEUX-QUERCY.

L'évolution sociale du pré-adolescent à la lumière de ses conceptions sur l'adulte, par le Dr G. BURSTIN. (*Enfance*, mars-avril 1955).

L'enquête porte sur 222 pré-adolescents de 10 à 13 ans à qui on a demandé ce qu'ils pensaient des adultes.

Chez tous les enfants, on peut classer les réponses en défavorables et favorables à la vie adulte.

Les défavorables se rapportent aux difficultés de la vie des adultes s'opposant aux joies de l'enfance, aux plaisirs de l'école et à l'affection des parents.

Les favorables se rapportent aux désirs d'indépendance et aux qualités des adultes. Quelques thèmes particuliers varient selon l'âge et le sexe.

Les griefs contre l'adulte n'existent pas de 10 à 11 ans, apparaissent nettement de 11 à 12, et augmentent considérablement de 12 à 13, et cela avec une nette prédominance chez les filles. Par contre, la crainte de vieillir et de mourir, peu marquée à 10 ans, disparaît progressivement. Enfin, le désir de fonder un foyer apparaît beaucoup plus vite chez les filles que chez les garçons.

Le pré-adolescent est tiraillé entre le désir de rester enfant et celui de devenir adulte. L'auteur termine cette étude par le rôle du milieu, de l'intelligence et du sexe dans l'évolution des pré-adolescents.

D. JOYEUX-QUERCY.

ENDOCRINOLOGIE

L'équilibre hormonal de la femme enceinte et considérations cliniques sur le vomissement de la grossesse, par le Pr. F. CASSANO et le Pr. C. TARANTINO (de Pise). (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

L'étude de la glycémie artério-veineuse et du dosage des corticotropes semble, d'après ces auteurs, confirmer la conception d'un déficit cortico-surrénalien dans les premiers mois de la grossesse avec augmentation de l'A.C.T.H. et de l'utilisation périphérique du glucose. Certains vomissements incoercibles pourraient ainsi s'expliquer et se traiter.

P. ABÉLY.

Forte hypersécrétion d'androgènes avec virilisme pileux au cours d'une grossesse, par H. P. KLOTZ. (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

L'auteur, étudiant un cas particulier, aboutit aux remarques suivantes :

1° cette hypersécrétion d'androgènes et de corticoïdes fut compatible avec une grossesse normale menée à terme ;

2° l'enfant ne présentait à la naissance aucune anomalie de type adrénogénital ;

3° la poussée d'hypersécrétion surrénalienne rétrocéda spontanément après l'accouchement ; l'élimination des corticostéroïdes revint à la normale, celle

des androgènes resta très légèrement élevée, comme elle était avant la grossesse ;

4° en effet, il est important de noter que cette poussée surrénalienne survint sur un terrain préparé : celui d'une légère hyperandrogénie constitutionnelle, probablement liée à une forme mineure d'hyperplasie surrénale constitutionnelle.

P. ABÉLY.

Sur les corrélations de l'hirsutisme et de l'insuffisance ovarienne, par G. PELLEGRINI et L. E. PIOTTI (de Pise). (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

Les auteurs signalent que souvent l'hirsutisme est précédé de symptômes d'hypovarisme ; dans plusieurs de ces cas, la sécrétion urinaire du prégnandiol est absente ou réduite et les gonadotrophines urinaires s'en trouvent augmentées avec une excrétion excédente des 17-cétostéroïdes neutres totaux, ou bien des fractions 17-cétostéroïdes et 11-hydroxy-17-cétostéroïdes. Les cas, non rares, qui présentent de telles conditions discriniques, semblent prouver des interdépendances pathologiques hormonales significatives d'une primitive dysharmonie ovaro-hypophysaire, secondaire à un hypolutéinisme avec hyperhypophysie-L.H. et avec, comme conséquence, une stimulation des fonctions anaboliques du cortex.

P. ABÉLY.

Bilan clinique et hormonal dans l'acné sébacée féminine, par J. VAGUE, M. ANDRAC, J. GARRIGUES, A. LALLEMAND, A. TÉMINE-MORHANGE, G. MILLER, G. FAVIER et J. BERTHET (de Marseille). (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

Les auteurs étudient 50 cas d'acné sébacée féminine ; étude hormonale avec chromatographie des 17-cétostéroïdes dans 20 d'entre eux, dont 9 les 10^e et 23^e jours du cycle. Discrètes anomalies des métabolites hormonaux. Faible augmentation moyenne des 17-cétostéroïdes, qui s'accroît un peu en fin de cycle, portant davantage sur l'isoandrosterone et la déhydroisoandrosterone. Fréquence des dystrophies, de la névrose végétative et caractérielle mineure, de la dysménorrhée, de l'asynergie hypophyso-ovarienne, toutes relevées souvent dans la lignée, des gros ovaires douloureux, de l'hypertrichose contrastant avec la rareté de l'hyperclitoridie et une déficience graisseuse et squelettique normale. Hypothèse de l'origine théciale des stéroïdes responsables de l'acné sébacée féminine et de son accentuation inter- et prémenstruelle.

P. ABÉLY.

La cortisone en gynécologie, par J. BRET, M. BARDIAUX, et J. HILBERT. (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

L'emploi de la cortisone a donné aux auteurs des résultats intéressants : dans certains cas d'aménorrhée avec hyperandrogénie ; dans certaines métrorragies fonctionnelles ayant résisté aux hémostatiques, aux œstrogènes ou aux androgènes ; dans les réactions plastiques, pelviennes, qu'elles soient d'origine infectieuse ou post-opératoire.

L'hydrocortisone locale paraît indiquée dans certains cas d'oblitération tubaire ; dans la tuberculose génitale, associée aux antibiotiques, elle paraît raccourcir l'évolution.

P. ABÉLY.

La cortisone au cours de la grossesse, par A.-J. BRET, M. BARDIAUX et J. HILBERT. (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

D'après les auteurs, la cortisone est indiquée au cours de la grossesse dans certains cas d'avortement répétés avec élévation des taux urinaires de 17-cétostéroïdes, dans certains cas de modification du protéinogramme avec abaissement de l'albumine, et dans certains cas de gestose sans signe d'altération rénale.

Dans les premiers cas, le traitement doit être institué très précocement. Il peut être prolongé pendant plusieurs mois sans inconvénients. Le trouble initial qui a nécessité l'administration de cortisone paraît récidiver au cours d'une grossesse ultérieure et nécessiter la reprise du traitement. Ce traitement paraît sans incidences fâcheuses sur la mère, à la condition de la proscrire dans les cas de rétention chlorurée sodique évidente, ce qui exclut son emploi dans le traitement de l'éclampsie.

Le mode d'action de la cortisone paraît complexe car, si les grossesses évoluent favorablement, le taux des 17-cétostéroïdes ne redevient pas toujours dans les limites normales.

Le repos et le régime sans sel associé à un régime équilibré ont été imposés aux malades. Une chute de poids parfois importante a été enregistrée. La part qui revient à chacun de ces éléments dans les résultats obtenus sera à discuter ultérieurement, d'autant que Gilbert-Dreyfus et ses collaborateurs ont enregistré la baisse de l'excrétion des 17-cétostéroïdes sous l'influence des régimes restrictifs.

P. ABÉLY.

Le contrôle hypothalamique de la sécrétion de l'hormone adrénocorticotrophique, par L. MARTINI. (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

L'auteur met en évidence la réalité des hormones antidiurétiques et ocytotiques (ou des substances vectrices de ces hormones), qui sont produites au niveau des cellules nerveuses de l'hypothalamus ; après le transport le long du faisceau hypothalamo-hypophysaire, ces hormones sont stockées au niveau de la pars nervosa, qui seule pourrait les sécréter dans la circulation générale.

La substance de neuro-sécrétion du lobe postérieur de l'hypophyse et de l'hypothalamus diminue fortement quand on soumet les animaux au « stress », c'est-à-dire lorsque le système diencephalique et le couple hypophyse-cortex surrénalien sont particulièrement stimulés.

En ces conditions de « stress », on observe très clairement que la neuro-sécrétion pénètre non seulement dans la circulation générale, mais aussi dans les vaisseaux destinés au lobe antérieur : on observe en effet que les flocules capillaires de l'éminence médiane, et les sinusoides du lobe antérieur peuvent contenir une multitude de gouttelettes de neuro-sécrétion.

Ce processus constitue, pensons-nous, la base histologique pour la concep-

tion de la régulation humorale de l'adéno-hypophyse par les hormones du système diencéphalo-post-hypophyse : cette régulation semble s'accomplir par l'intermédiaire des vaisseaux du système porte.

Au point de vue de la thérapeutique, il est intéressant de remarquer que les hormones du lobe postérieur sont souvent efficaces dans les arthrites inflammatoires et dans divers états morbides (tels l'asthme, la schizophrénie, la myasthénie, sensibles à la cortisone et à l'A.C.T.H.).

P. ABÉLY.

Recherches sur la sécrétion des androgènes chez la femme, par A. NETTER, H. HENRY, A. LAMBERT, M. THÉVENET et M. GORINS. (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

Les auteurs étudient 20 cas, dont certains ont été explorés chez le même sujet avant et après hystérectomie, et ils aboutissent aux conclusions suivantes :

1° que l'augmentation de l'excrétion des 17-cétostéroïdes après injection de gonadotrophine est significative chez les femmes ayant leurs ovaires (moyenne + 43,9 %), alors qu'elle est faible, nulle ou négative chez les femmes ovariectomisées (moyenne + 4,5 %) ;

2° que cette augmentation porte essentiellement sur les fractions 4 et 5 du chromatogramme chez les femmes intactes, alors que ces deux fractions ont au contraire tendance à diminuer (proportionnellement) chez les femmes ovariectomisées.

Les auteurs ne veulent pas conclure, mais ces constatations apportent un argument, mais non la preuve absolue, en faveur de l'origine ovarienne de certains métabolites urinaires androgéniques chez la femme.

P. ABÉLY.

Action de l'administration chronique de cortisone sur le comportement sexuel du rat mâle. — Effets concomitants sur le système nerveux et sur différentes glandes endocrines, par A. SOULAIRAC, J. TEYSSEYRE et M.-L. SOULAIRAC. (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

Leurs résultats expérimentaux montrent l'importance de l'action de la cortisone sur l'ensemble de l'organisme ; modifications du fonctionnement du système nerveux, variations structurales importantes des glandes endocrines et perturbations de comportement. L'étude particulière du comportement du rat mâle, sous l'action de la cortisone, montre toutefois combien il est difficile de rattacher une modification de comportement à une perturbation déterminée de telle ou telle structure. Nos résultats soulignent que, dans le cas de la cortisone, aucun parallélisme rigoureux ne peut être établi entre une modification endocrinienne ou nerveuse et une variation de l'activité psycho-motrice, mais qu'il faut envisager une multiplicité d'actions, de sens parfois différent, pour obtenir en résultante une variation de comportement.

Toutes ces données semblent confirmer leurs constatations antérieures sur le déterminisme des différents éléments du comportement sexuel ; l'activité éjaculatoire serait plus précisément déterminée par l'équilibre endo-

crinien de l'animal et surtout par son équilibre hormono-sexuel ; l'activité copulatrice dépendrait plus directement de l'activité psycho-motrice générale, et partant, des modalités fonctionnelles du système nerveux. La thyroïde semblerait jouer un rôle important dans ces régulations.

Les modifications du comportement sexuel en fonction des perturbations de la cortico-surrénale restent encore difficiles à interpréter. L'asthénie et la fatigabilité musculaire ne semblent pas être les seuls facteurs à intervenir dans la diminution de l'activité psycho-motrice. Leurs expériences montrent qu'à des doses déjà importantes (36 mgr.), il peut se produire une activité copulatrice presque normale avec une cortico-surrénale déjà très touchée. L'action de la cortisone sur le fonctionnement nerveux intervient incontestablement et il n'est pas interdit de penser que les troubles observés de l'électrogène corticale traduisent une diminution possible de l'activité de vigilance du système nerveux central.

P. ABÉLY.

Considérations sur l'action hormonale des salicylés, par F. TRONCHETTI. (*Annales d'endocrinologie*, n° 4, t. 16, 1955).

Etudiant l'action thérapeutique anti-rhumatismale des salicylés, l'auteur estime que cette action est, au moins en partie, hormonale ; mais il ne lui semble pas qu'elle puisse se résumer seulement dans un effet cortisonique. Il y a bien des données expérimentales et tirées des recherches de laboratoire qui contredisent cette hypothèse (différence entre l'action des salicylés et de la cortisone sur le métabolisme des glucides, sur le glycogène hépatique, sur la coagulation du sang : Ingle, Bornstein et collaborateurs ; di Benedetto dell'Aquila et Angarano ; Lutwakmann, Smith, Gross et Greenberg) ; mais surtout il y a l'expérience clinique de la moindre ou absente efficacité thérapeutique des salicylés dans la polyarthrite chronique primitive qui, au contraire, répond rapidement et électivement à la cortisone et à l'A.C.T.H.

On peut faire les mêmes considérations pour la colite ulcéreuse, pour le lupus érythémateux, pour les brûlures, etc., où les salicylés n'exercent aucun appréciable effet thérapeutique. Dans ce sens, parlent aussi les observations cliniques tout récemment illustrées par Lorenzini.

P. ABÉLY.

L'hypergonadotrophinurie au cours de la maladie de Basedow en dehors de la ménopause et de la castration, par P. GUINET, R. BETHOUX, E. POMMATAU et J. BERTRAND (de Lyon). (*Annales d'endocrinologie*, n° 5, 1955).

L'existence est démontrée d'une hypergonadotrophinurie au cours de l'hyperthyroïdie en dehors de la ménopause, de la castration et des carences ovariennes primitives. Ces faits sont interprétés comme la projection sur l'axe hypophyso-gonadique d'une stimulation exagérée transitoire, dans le sillage de l'incitation pathologique elle-même responsable du Basedow. Il s'agit d'hypergonadotrophinurie à gonades intactes et conditionnées directement par les centres supérieurs, c'est-à-dire par une stimulation centrale autonome.

P. ABÉLY.

Intégrité et pléthore interstitielle dans le diabète insipide, par A. LIGHTWITZ, D. HIOCO et M. DELAVILLE. (*Annales d'endocrinologie*, n° 5, 1955).

L'étude de la répartition de l'eau chez le diabétique insipide montre que, contrairement aux secteurs cellulaire et vasculaire qui sont déshydratés, le volume de l'eau du secteur interstitiel est majoré, légèrement chez l'homme, considérablement chez les chiens rendus diabétiques insipides par section du faisceau supra-optico-post-hypophysaire.

Cette hyperhydratation interstitielle s'accuse avec l'absorption de sel et se dissipe sous l'influence de la posthypophyse.

P. ABÉLY.

La cortico-surrénale et le métabolisme de l'eau dans le diabète insipide, par A. LIGHTWITZ, D. HIOCO et M. DELAVILLE. (*Annales d'endocrinologie*, n° 5, 1955).

Les auteurs constatent dans le diabète insipide l'existence d'une intégrité ou d'une augmentation du volume de l'eau interstitielle contrastant avec les habituelles déshydratations cellulaire et vasculaire qui caractérisent cette affection. Cette répartition de l'eau, qui est l'inverse de celle que l'on observe dans la maladie d'Addison, les a incités à reprendre l'étude des rapports entre le système supra-optico-post-hypophysaire et la cortico-surrénale.

L'adjonction de cortisone chez un de leurs diabétiques insipides, la section du faisceau supra-optico-post-hypophysaire pratiquée par Baïssset et Montastruc, les surrénalectomies réalisées par ces auteurs chez les chiens rendus diabétiques insipides permettent de penser :

1° que, dans le diabète insipide, la pléthore interstitielle et une partie de la polyurie relèvent d'un hyperfonctionnement cortico-surrénal, puisque ces anomalies du métabolisme hydrosodique s'accusent après cortisone et se dissipent après surrénalectomie bilatérale ;

2° que dans l'insuffisance surrénale le retard de l'élimination de l'eau, l'hyperhydratation cellulaire, peut-être une partie de l'hypernatrurie, sont liés à une hyperproduction de principe anti-diurétique, puisque ces troubles disparaissent après section du faisceau supra-optico-post-hypophysaire ;

3° que les chiens bi-opérés (section du faisceau supra-optico-post-hypophysaire et surrénalectomie) semblent métaboliser normalement l'eau et le sodium, à condition d'éviter toute absorption hydrosodique en quantités excessives ou insuffisantes.

Ces constatations amènent à penser que, dans le domaine métabolique du moins, les signes dits d'insuffisance glandulaire sont plus l'expression de l'hyperfonctionnement de la glande antagoniste que du déficit du territoire hormonal supprimé.

P. ABÉLY.

Pseudo-puberté précoce chez quatre enfants après application d'une pommade au diéthylstilbœstrol, par C. HOOF, J. BEKAERT et A. BLANQUAERT. (*Annales d'endocrinologie*, n° 1, 1955).

Lors d'une application vaginale pour un prurit vulvaire d'une pommade contenant du diéthylstilbœstrol, une pseudo-puberté précoce a été constatée

chez trois enfants de 6, 5 et 3 ans. Les mêmes symptômes se sont produits chez un nourrisson de 2 mois 1/2, pendant l'application de la pommade sur les seins. Dans deux cas, la pommade fut appliquée avec des intervalles provoquant une hémorragie de type carentiel. Dans les deux autres cas, la perte de sang se produisit pendant l'application continue. Dans trois cas sur quatre, l'excrétion urinaire des œstrogènes était anormalement élevée. Chez tous les enfants, le taux des gonadotrophines et des stéroïdes était normal. Après l'interruption du soi-disant traitement, le taux d'œstrogène s'est normalisé, les hémorragies ne se sont plus produites et les signes de tuméfaction de la glande mammaire et la pigmentation ont régressé.

P. ABÉLY.

Acromégalie et virilisme. — Étude des fonctions cortico-surrénales, par Jacques DECOURT, J.-P. MICHARD, E. BAULIEU et J. LOUCHART. (*Annales d'endocrinologie*, n° 1, 1955).

Les auteurs présentent l'observation d'une malade de 22 ans, chez laquelle ont évolué conjointement, depuis 18 mois, un syndrome acromégalique et un syndrome de virilisation, caractérisés par un hirsutisme très intense et par une hypertrophie modérée des grandes lèvres et du clitoris.

L'origine hypophysaire du syndrome est attestée par l'existence d'un adénome hypophysaire, dont l'ablation chirurgicale a permis de vérifier la nature éosinophile.

L'étude biochimique montre l'existence d'un hypercorticisme où l'hyperandrogénie prédomine sur la production des hormones du groupe cortisone et hydro-cortisone, alors que c'est l'inverse dans la maladie de Cushing. Cliniquement, d'ailleurs, rien n'évoque particulièrement l'excès de production des glyco-corticoïdes.

La perfusion intraveineuse lente d'A.C.T.H. montre cependant que les surrénales de la malade sont capables de répondre d'une façon tout à fait physiologique aux préparations commerciales de cortico-stimuline.

On peut donc se demander si le facteur cortico-stimulant produit par l'adénome éosinophile des acromégales ne diffère pas quelque peu, qualitativement, de celui que sécrète l'hypophyse au cours de la maladie de Cushing.

P. ABÉLY.

Le taux de F.S.H. dans les urines chez la diabétique castrée ou ménopausée, par P. GUINET et R. BÉTHOUX (de Lyon). (*Annales d'endocrinologie*, n° 1, 1955).

Les auteurs attirent l'attention sur l'anormale fréquence avec laquelle on rencontre chez la diabétique castrée ou ménopausée un taux bas de F.S.H. : dix-neuf fois sur 58 ménopauses, et une fois sur 8 castrations. Ces faits ne peuvent s'expliquer par la présence des produits anormalement excrétés dans les urines de diabétique ; ils ne tiennent pas moins à certaines particularités cliniques (âge de la malade, ancienneté de la ménopause ou du diabète). On pourrait songer à une involution prématurée de la région diencéphalo-hypophysaire, qui serait responsable d'un ralentissement de sécrétion de F.S.H. On admettrait plutôt des modifications d'ordre chimique

intéressant les glycoprotéines que sont les gonadotrophines, celles-ci seraient modifiées au cours de leur transit dans le milieu intérieur et échapperaient à nos moyens d'investigation urinaire.

P. ABÉLY.

Sur 2 cas d'aménorrhée et d'obésité du post-partum, par M.-J. MAGENDIE
Mme J. BERNARD et Mlle PARTIMBÈNE. (*Annales d'endocrinologie*, n° 1, 1955).

Cet article illustre d'une façon intéressante la physiologie pathologique de certaines dysendocrinies du post-partum et le rôle capital du groupe diencéphalo-hypophysaire dans l'explication de ces perturbations.

Il amène les auteurs aux conclusions suivantes :

1° La participation dominante de l'hypophyse est douteuse : a) F.S.H. est normale ; b) le taux des œstroïdes dans les urines est normal ; c) la fonction cortico-surrénalienne est respectée, même hyper-stimulée, semble-t-il, puisque les globules blancs S. 13, les 11-oxy-corticostéroïdes, les 17-cétostéroïdes sont augmentés.

2° La participation ovarienne globale est également douteuse : a) la F.S.H. n'est pas augmentée ; b) la fonction œstrogénique n'est pas particulièrement troublée ; la folliculine et les phénolstéroïdes sont normaux ; la courbe œstrogénique des frottis est subnormale.

3° Par contre, la fonction progestative est le plus nettement compromise. Il semble qu'on puisse affirmer l'absence d'ovulation ; a) la courbe de la température est monophasique ; b) le P.G. est abaissé.

Peut-être faut-il incriminer une incitation hypophysaire insuffisante par défaut de lymphocytose hypophysaire. Il est à peu près démontré que la sécrétion de lymphocytose hypophysaire par la pituitaire est sous la dépendance de l'hypothalamus. Ce serait finalement celui-ci qui serait à l'origine des troubles. L'obésité par troubles hypothalamiques est, avec les obésités insuliniques, la seule qui puisse être déclenchée expérimentalement. Elle se classerait dans les obésités d'origine exogène, si l'on admet le point de vue que, dans l'hypothalamus, se trouve le centre de l'appétit.

Cependant, M. Gilbert-Dreyfus a cité le cas d'une femme morte d'accident, qui présentait une obésité du post-partum, et dont l'autopsie a permis de découvrir une hypophyse de grossesse. Il y aurait, dans les dysendocrinies du post-partum, inertie hypophysaire.

4° On ne peut vraiment pas parler d'absence totale de réceptivité de la muqueuse utérine, car celle-ci a répondu d'ailleurs d'une façon très brève à certaines injections d'hormones gonadotropes ou sexuelles qui ont entraîné une hémorragie utérine. Cependant, cette absence presque constante de muqueuse incite à faire intervenir des troubles trophiques locaux susceptibles d'être rapportés également à l'hypothalamus, qui régit la réceptivité tissulaire.

5° Enfin, il faut souligner la présence banale, il est vrai, dans les deux cas d'une infection génitale sur laquelle certains auteurs américains basent la pathogénie de l'obésité du post-partum en invoquant des phénomènes de stress.

Les obésités du post-partum ont-elles une pathogénie différente de celle des obésités en général ? Sont-elles d'origine endocrinienne, ou bien sont-elles des obésités avec troubles endocriniens ? (Azerad).

La dysendocrinie se manifeste : 1° par un léger hypercorticisme ; 2° par des troubles de la fonction lutéale ; 3° par des troubles de la réceptivité utérine.

Quant au rôle joué par l'infection, si fréquente dans le post-partum, où l'obésité n'est cependant pas fatale, il semble tout à fait hypothétique et il n'y a aucune preuve formelle encore en sa faveur.

Il est fort probable, à la lumière des travaux récents qui ont précisé pour l'hypothalamus sa physiologie normale et pathologique, que ce régulateur essentiel, au carrefour de la réticulée bulbo-potubérantielle, joue un rôle déterminant par son dysfonctionnement dans ces troubles du post-partum : troubles de la fonction lutéale, du système neuro-végétatif, troubles de la fonction tissulaire aboutissant à l'aménorrhée ; troubles des divers métabolismes, hyperphagie, hypercorticisme fruste, aboutissant à l'obésité.

P. ABÉLY.

Facteurs hormonaux dans les troubles de la croissance osseuse. L'hypothyroïdie congénitale. Le crâne, par H.-J. ERNOULD. (*Annales d'endocrinologie*, n° 1, 1955).

Les troubles de l'ossification au cours de l'hypothyroïdie congénitale affectent en tout premier lieu les formations osseuses d'origine cartilagineuse et appartenant au squelette de mouvement. Viennent ensuite en ordre décroissant : les autres os d'origine enchondrale, puis les os de membrane et, en dernier lieu, l'ossification périostique. Les os sont, en général, le siège d'une surcharge calcaire. Les os de la voûte du crâne (d'origine membraneuse) sont peu touchés, sauf les pariétaux. La base du crâne (presque entièrement d'origine enchondrale), est rétrécie, et s'accompagne d'une insuffisance d'ascension de la selle turcique dans la boîte crânienne. La selle turcique est fréquemment agrandie par suite de l'hypertrophie de l'hypophyse. Les anomalies de pneumatidation de la base s'expliquent par l'origine embryologique de ses os. Cette dernière permet également d'interpréter certains aspects dysharmoniques de l'hypothyroïdie congénitale.

P. ABÉLY.

Traitement des insuffisances surrénales chroniques par l'hydrocortisone-alcool libre, par L. de GENNES, H. BRICAIRE et B. MATHIEU de FOSSEY. (*Annales d'endocrinologie*, n° 2, t. 16, 1955).

Onze malades, dont dix atteints d'insuffisance surrénale chronique addisonienne et un ayant subi une surrénalectomie bilatérale pour maladie de Cushing, ont été soumis à un traitement équilibrant comprenant uniquement de l'hydrocortisone dans le but de savoir si cette hormone était capable d'équilibrer à elle seule la maladie d'Addison.

Un recul de temps suffisant permet de penser que si l'hydrocortisone corrige l'insuffisance cortico-surrénale lente, la qualité de l'équilibration qu'elle apporte demeure cependant assez incertaine en raison du peu d'effet qu'elle possède sur le métabolisme électrolytique et particulièrement sodique.

Dans un cas, en effet, s'est produite une rupture d'équilibration, tandis que quatre autres malades ont présenté une natrémie à la limite inférieure de la normale ou bien ont accusé une asthénie qui contrastait avec le bon état obtenu auparavant par le traitement classique cortiso-D.O.C.A.

P. ABÉLY.

Dosage radiobiologique de la thyroostimuline urinaire, par R. HENRY et Henry BLOCH-MICHEL. (*Annales d'endocrinologie*, n° 2, t. 16, 1955).

On a pu hésiter longtemps sur la présence de l'hormone thyroéotrope dans l'urine. Sa présence semble maintenant démontrée, ainsi qu'il en est pour les autres stimulines hypophysaires.

L'emploi de réactifs de plus en plus sensibles permettra la préparation d'extraits dans de meilleures conditions. Jusque-là, le dosage de la thyroostimuline hypophysaire urinaire restera une opération délicate, non applicable à la clinique courante.

P. ABÉLY.

Etude clinique de l'élimination urinaire de la thyroostimuline, par Henry BLOCH-MICHEL et R. HENRY. (*Annales d'endocrinologie*, n° 2, t. 16, 1955).

Le dosage radiologique de la thyroostimuline hypophysaire a permis aux auteurs de mettre en évidence, chez des sujets témoins, une élimination urinaire comprise entre 5 et 20 μ gr. par 24 heures, avec dans un cas une valeur nulle ou inférieure à 5 μ gr.

Dans les thyroéotoxiques, les résultats ont été variables : éliminations nulles ou inférieures à 5 μ gr., valeurs normales et à la limite supérieure de cette dernière.

L'étude de quelques cas d'exophtalmie œdémateuse a montré des écarts plus importants encore, qui vont d'une élimination nulle ou très faible jusqu'à des taux franchement élevés de 28 à 48 μ gr. Chez deux myxoœdémateuses, ils ont trouvé des taux normaux (20 μ gr.) ou très élevés (65 μ gr.) tandis que l'élimination était faible ou nulle dans quatre hypothyroïdies hypophysaires.

Enfin, dans une des exophtalmies œdémateuses et chez une des myxoœdémateuses, ils ont pu constater, après traitement thyroïdien, une réduction importante de la thyroostimuline hypophysaire urinaire.

P. ABÉLY.

Bilans calciques et calciurie dans les décalcifications de l'acromégalie, par S. de SÈZE, A. LICHTWITZ, D. HIICO, M. DELAVILLE et H. GILLE. (*Annales d'endocrinologie*, n° 3, t. 16, 1955).

Bien qu'il n'existe que quelques bilans calciques précis, il semble que l'on puisse admettre que les déficits calciques chez les acromégales décalcifiés sont dus à une altération des processus qui concourent à la formation de la trame organique, c'est-à-dire à une ostéoporose.

Comme les bilans, d'autre part, ne montrent habituellement pas de modifications du calcium fécal, on peut se demander si les dosages du calcium urinaire, à condition d'être pratiqués à plusieurs reprises, ne pourraient pas suppléer, dans une certaine mesure, les investigations si complexes et si difficilement réalisables que nécessite un bilan correctement réalisé.

On pourrait peut-être explorer ainsi le métabolisme phospho-calcique chez tous les acromégales au lieu de se limiter à ceux qui sont décalcifiés ; on aurait ainsi une idée approximative du métabolisme phospho-calcique aux différentes phases d'une maladie qui, procédant par poussées, est très différente selon les époques en dépit de l'invariabilité des altérations apparentes de la morphologie.

Les modifications si rapides chez ces malades du bilan phospho-calcique sous l'influence de la cortisone d'une part, des androgènes et des œstrogènes d'autre part, extériorisent bien l'extraordinaire sensibilité de la trame organique aux stéroïdes hormonaux et légitiment l'hypothèse concernant l'intervention d'autres hormones, en dehors de la somatotrophine, dans cette maladie polyglandulaire qu'est l'acromégalie.

Les auteurs essayent de montrer que, comme toutes les ostéoporoses, les décalcifications de l'acromégalie sont la conséquence d'une altération de la substance fondamentale du tissu conjonctif et, plus spécialement, des mucopolysaccharides, et que ceux-ci sont sous la dépendance de facteurs multiples tissulaires et glandulaires (parathyroïdien, cortico-surrénal et génital). Il est exceptionnel qu'un seul processus soit capable de provoquer des altérations conjonctives suffisantes pour entraîner la décalcification, et c'est presque toujours à un véritable cumul étiologique que l'on a affaire.

P. ABÉLY.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 février 1956*, à 15 heures 30 *très précises*, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

En raison des vacances de Pâques :

1^o La *séance ordinaire* de mars sera avancée d'une semaine et fixée au *19 mars 1956*, à 15 heures 30 *très précises*. Elle aura lieu à l'amphithéâtre de la Faculté, au centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement).

2^o La *séance clinique* de mars n'aura pas lieu et sera rapportée au *lundi 9 avril 1956*. Elle se réunira à l'amphithéâtre de l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement), à 10 heures *très précises*.

Nécrologie

M. le D^r A. LEROY, médecin-chef du sanatorium Sainte-Agathe de Liège, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique ;

[M. le D^r H. HOVEN, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Mons, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

NOUVELLES

Nominations dans l'Ordre de la santé publique

Au grade de *Commandeur* :

M. Jean DELAY, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade d'*Officier* :

M. Henri EY, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bonneval (Eure-et-Loir).

Au grade de *Chevalier* :

M. Pierre BENSOUSSAN, médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle ;

M. Jean GINESTIC, chirurgien à l'hôpital psychiatrique d'Aurelle, à Montpellier (Hérault) ;

M. Albert GARDES, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon (Gironde) ;

M. Paul HUGUES, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Leyme (Lot) ;

M. Georges LECOMTE, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

Mlle Théma OWSIANICK, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime) ;

M. Maurice PARIENTE, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Mayenne (Mayenne) ;

M. Robert PERROT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Cadillac-sur-Garonne (Gironde) ;

M. Pierre SCHERRER, médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne) ;

M. Jean VEYRES, médecin-directeur à l'hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne).

Nomination de Directeur d'École de médecine

M. LAMACHE est nommé, à compter du 1^{er} janvier 1956, directeur de l'Ecole nationale de médecine et de pharmacie de Rennes. M. LAMACHE est *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Nominations de Directeur administratif

M. Lucien GASGLIA, agent supérieur à la Caisse nationale des marchés de l'Etat, est nommé, à compter du 1^{er} janvier 1956, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin) (poste créé).

(J.O. du 23 janvier 1956, p. 945).

Nominations de médecins des hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 19 décembre 1955, M. le D^r MERCIER est nommé médecin-chef au quartier psychiatrique de l'hôpital-hospice de Pontorson (Manche), en remplacement de M. le D^r BRETON, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 6 janvier 1956, p. 260).

Par arrêté en date du 23 décembre 1955, Mme le D^r BOITTELLE, chef de service, chargée à titre provisoire des fonctions de médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle), est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Clermont (Oise).

(J.O. du 13 janvier 1956, p. 540).

Par arrêté en date du 7 janvier 1956, M. le D^r Hérold HEYWART est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Leyme (Lot), en remplacement de M. le D^r BURGUET, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 17 janvier 1956, p. 662).

Par arrêté en date du 18 janvier 1956, M. le D^r PARIENTE, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Roche-Gandon (Mayenne), est placé en position de détachement et mis à la disposition du préfet de la Seine, en vue d'être affecté en qualité de médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, pour une durée de trois ans, à compter du 1^{er} janvier 1956.

(J.O. du 31 janvier 1956, p. 1293).

Par arrêté en date du 24 janvier 1956 :

M. le D^r JOUPPE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de La Cellette (Corrèze), en remplacement de M. le D^r MARTINAT, mis en disponibilité sur sa demande ;

M. le D^r FELLION, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord), est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Roche-Gandon (Mayenne), en remplacement de M. le D^r PARIENTE, appelé à d'autres fonctions ;

M. le D^r GENTIS est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban (Lozère), en remplacement de M. le D^r TOSQUELLE, appelé à d'autres fonctions ;

M. le D^r CORRE, médecin-assistant à l'hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine), est nommé médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime) (poste créé) ;

M. le D^r PERRIN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Rouffach (Haut-Rhin) (poste créé) ;

M. le D^r Jean BENOISTON est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Quimper (Finistère), en remplacement de M. le D^r NEVEU, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 2 février 1956, p. 1403).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Pierrefeu (Var) (poste créé).

(J.O. du 6 janvier 1956, p. 262).

Est déclaré vacant le poste de médecin-chef de l'institut médico-pédagogique annexé à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire).

(J.O. du 17 janvier 1956, p. 668).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique privé faisant fonction d'établissement public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord) ;

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).

(J.O. du 7 février 1956, p. 152).

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Ylie (Jura) (poste créé). Il est signalé qu'un logement est mis à la disposition du titulaire.

Les candidatures devront être adressées, dans un délai de trois semaines à compter de la publication du présent avis, au ministère de la santé publique et de la population, direction de l'administration générale, du personnel et du budget, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e.

Avis de concours pour le recrutement de médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours sur titre pour le recrutement de trois médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira au ministère de la santé publique à Paris, le 9 avril 1956, dans les conditions fixées par les décrets des 28 décembre 1938, 12 avril 1943, 26 mars 1946, 28 juillet 1950 et 24 octobre 1952.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1^o demande sur papier timbré ;

2^o expédition de l'acte de naissance ;

3^o diplômes et certificats justifiant de situations occupées antérieurement, avec mention, le cas échéant de l'affiliation à une caisse de retraite. (Les certificats d'exercice doivent être délivrés par le préfet du département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions).

Les demandes seront déposées à la préfecture de la Seine (direction des affaires sociales) (sous-direction des établissements hospitaliers et charitables), 9, place de l'Hôtel-de-Ville, bureau 209, de 15 à 18 heures (samedi, dimanche et fêtes exceptés). Elles seront reçues jusqu'au 26 mars exclu.

Les candidats absents de Paris ou empêchés devront transmettre leur demande et leur dossier à l'adresse ci-dessus indiquée, par lettre recommandée, qui devra parvenir au service intéressé au plus tard le 25 mars 1956.

Ils devront déposer, au plus tard le 25 mars 1956, à la préfecture, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (2^e étage, bureau 209), pour être soumis au jury, tous documents qu'ils jugeront utiles.

Nomination d'un conseiller technique au ministère

Par arrêté en date du 30 décembre 1955, M. le professeur DECHAUME, médecin des hospices civils de Lyon, président du syndicat national des médecins français spécialistes des maladies du système nerveux, a été nommé conseiller technique au ministère de la santé publique pour l'étude des problèmes concernant l'organisation dans les hôpitaux publics des soins dispensés aux malades atteints d'affection du système nerveux.

(J.O. du 8 janvier 1956, p. 382).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Prix décernés par l'Académie nationale de médecine en 1956

Prix de la direction de la jeunesse et des sports. — Le prix est partagé entre M. le D^r LEROY, de Rennes, pour son ouvrage sur : la rééducation des poliomyélitiques et la psychotechnie dans la restauration psychomotrice, et le D^r PIN, de Grenoble, pour son travail intitulé : Réponse surrénalienne à l'effort sportif.

Prix Jacquemier. — Le prix est accordé à M. le D^r Richard LE CANNELIER, d'Alger, pour sa contribution à l'étude du système nerveux dans les suites de couchés normales et pathologiques.

Fondation Jansen. — L'Académie décerne une part de cette Fondation à : M. le D^r Claude THÉRET, de Neuilly-sur-Seine, pour son travail intitulé : Le pancréas endocrine et les agressions à distance ; — M. le D^r Raoul HUSSON, de Paris, pour ses travaux sur la chronaxie du nerf récurrent.

Prix Leveau. — Le prix est accordé à M. le D^r Louis THIÉBLot, de Paris, et à M. Henri LE BARS, de Charenton, pour leur ouvrage intitulé : La glande pinéale ou épiphyse.

Prix de la Ville de Paris. — Le prix est attribué à M. le D^r Clément CHAUSSÉ, de Paris, pour récompenser ses travaux d'otologie et d'oto-neurologie.

Prix à décerner par l'Académie nationale de médecine pour 1956

Prix Baillarger (anonymat facultatif), partage interdit, 4.000 fr. (biennal). — A l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et par quels changements on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

Prix Charles Boullard (anonymat facultatif), partage interdit, 3.000 fr. (biennal). — Au meilleur ouvrage sur les maladies mentales.

Prix à décerner par l'Académie nationale de médecine pour 1957

Prix Jean Dietz, partage autorisé, 30.000 fr. (triennal). — Ce prix est destiné à encourager les recherches relatives au traitement des asthénies et des anxiétés.

Prix de Mme Dragovitch, partage autorisé, 2.500 fr. (biennal). — Ce prix est destiné à récompenser un travail sur les maladies mentales.

Prix Falret (anonymat facultatif), partage interdit, 3.600 fr. (biennal). — Au meilleur travail sur les maladies mentales et nerveuses.

Prix Théodore Herpin, de Genève (anonymat facultatif), partage interdit, 4.000 fr. (annuel). — A l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Ritti (anonymat facultatif), partage autorisé, 1.000 fr. (triennal). — Au meilleur travail sur un point d'histoire de la médecine mentale ou sur une question de pathologie mentale historique.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Le congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française tiendra sa 54^e session à Bordeaux, du 3 au 9 septembre 1956.

Les sujets des rapports seront les suivants :

PSYCHIATRIE : *Les tests de personnalité en psychiatrie*, par le professeur agrégé PICHOT (Paris).

NEUROLOGIE : *Les tumeurs frontales*, par le D^r BOUDOURESQUES, chargé de cours à la Faculté de médecine de Marseille.

ASSISTANCE : *Problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique*, par le D^r BOUQUEREL (Bailleul).

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1956 (1^{er} trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 89.004 — 1956

C.O.A.L. 31.2330.